

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde
Materna e Obstetrícia**

Estágio com Relatório

**A Promoção do Aleitamento Materno
e o Contacto Pele a Pele**

Professor Tutor:

Esmeralda Afonso

Elaborado por:

Susana Carvalho de Oliveira

Agradecimentos

À professora Esmeralda Afonso pela preciosa orientação durante o decorrer de todo este trabalho, bem como pela compreensão e apoio que me deu.

Ao Professor Mário Cardoso pela paciência, boa disposição e desportivismo mesmo em tempos difíceis.

Aos EESMO Sandra Correia, Cláudia Fagulha e Paulo Bastos por me terem aturado enquanto aprendia, pelo tempo extra que pacientemente esperaram até que eu fosse mais célere.

Às minhas colegas que trabalharam arduamente em meu lugar para que eu pudesse evoluir.

À minha família que me apoiou incessantemente e cuidaram de mim e do meu filho quando eu não podia.

Por último e mais importante ao meu marido pelo esforço físico e emocional a que foi sujeito nestes dois anos, ao incentivo constante e presença diária, nem que fosse por 5 minutos, que constituiu a minha âncora e me ajudou a terminar mais uma fase da minha vida.

E ao meu filho, peço desculpa pela ausência frequente e a perda de passos importantes nestes seus primeiros dois anos de vida, que me serviram de motivação e me deram força quando estava prestes a cair.

A todos eles o meu sincero obrigado.

**“o aleitamento materno é uma capacidade que se aprende,
vulnerável a falta de informação, experiências negativas,
inexperiência ou falta de apoio.”¹**

¹ disponível em <http://www.amamentar.net/ProfissionaisdeSaúde/Papeldosprofissionaisdesaúde/tabid/426/Default.aspx>, acedido a 09/05/2011

Resumo

Este relatório surge da realização do ensino clínico, em âmbito de bloco de partos, integrado no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, e que visa a reflexão e exposição fundamentada dos objectivos e actividades, de modo a desenvolver competências técnico-científicas de Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Assim defini como objectivos para este ensino clínico:

- Prestar cuidados à mulher, inserida na família e comunidade, durante o trabalho de parto, efectuando o parto de forma segura e identificando eventuais situações de urgência e complicações actuando em conformidade;
- Prestar cuidados ao RN/família, em âmbito de Bloco de partos e Unidade de Cuidados Especiais Neonatais;
- Prestar cuidados à mulher e RN, inseridos na família e comunidade, durante o período pós-natal, promovendo o aleitamento materno e o contacto pele a pele, detectando precocemente eventuais dificuldades e actuando em conformidade, em contexto de Bloco de Partos e Urgência Obstétrica e Ginecológica.

Durante o ensino clínico tive oportunidade de acompanhar várias mulheres/casais/família durante o processo de trabalho de parto, promovendo uma relação terapêutica e de confiança e facilitando a sua adaptação às várias fases do trabalho de parto. No entanto, foi no âmbito da prestação de cuidados à mulher e RN durante o 4º estadio do trabalho de parto que aprofundei mais os conhecimentos, principalmente sobre a temática da promoção do aleitamento materno e do contacto pele a pele.

Após uma pesquisa cuidada com base na revisão sistemática da literatura, bem como através da análise dos dados recolhidos a 5 mulheres durante o ensino clínico, e com base no Modelo de Sistemas de Betty Neuman, não se efectiva uma relação entre a promoção e manutenção da amamentação e o contacto pele a pele, no entanto, facilita a activação do chamado “*prefeeding behavior*”. Este contribui para a realização de uma boa pega e consequentemente uma mamada eficaz, facilitando a posterior produção e manutenção láctea.

Assim, este relatório pretende dar a conhecer a minha evolução enquanto futura especialista objectivando como foco de atenção a continuidade e humanização de cuidados à mulher/família para atingir a excelência do cuidar.

Palavras-Chave: Aleitamento Materno; Contacto pele a pele; Promoção do aleitamento Materno; “*Prefeeding Behavior*”.

Abstract

This report comes as a result of clinical teaching integrated on the 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, regarding the delivery room. It intends to expose and reflect upon the objectives and the activities that took place in order to acquire and develop the technical and scientific skills of a Midwife.

Therefore, for this clinical teaching, the following objectives were defined:

- To develop nursing care practices for the woman in labor, inside the family and community, providing a safe delivery, identifying emergency situations and problems and acting in accordance;
- To develop nursing care practices for the newborn/family, inside the delivery room and special neonatal care unit;
- To develop nursing care practices for the woman and newborn, inside the family and community, during the post-natal period inside the delivery room and emergency room, promoting breastfeeding and skin to skin contact, detecting early difficulties and acting in accordance.

During the clinical teaching I was able to follow several women/couples/families during the labor process, promoting therapeutic and trusting relationships, showing availability and engaging their adaptation to the various stages of labor, providing health education whenever was necessary.

However, it was while caring for women and newborns during the 4th stage of labor that I acquired a more profound knowledge, especially on the promotion of breastfeeding and skin to skin contact in order to understand if “the skin to skin contact between mother and infant after birth makes it easier for the newborn to latch-on and if it promotes breastfeeding”.

Based on the Betty Neuman Systems Model, after a careful study based on the systematic review of literature, as well as through the analysis of the data collected from five women during the clinical teaching, the attained results do not show an evident relationship between the promotion of breastfeeding and skin to skin contact. It is shown however, that it facilitates the activation of the “prefeeding behavior” contributing to a

good attachment and, consequently, an effective suckling, promoting the subsequent milk production and maintenance.

Therefore, the goal of this report is to make known my evolution as a future Midwife without losing sight of the objective of continuity and humanization of the nursing care practices towards woman/family, in order to achieve excellence in Health Care.

Key Words: Breastfeeding; Skin to Skin Contact; Promotion of Breastfeeding; “Prefeeding Behavior”.

Abreviaturas e Siglas

APEO – Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras

BP – Bloco de Partos

CMESMO – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

EC – Ensino Clínico

EESMO – Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Enf.^a – Enfermeira

Enf.^o - Enfermeiro

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

HPPCascais – Hospital Dr. José de Almeida Cascais

ICM – International Council of Midwives

OMS – Organização Mundial de Saúde

RN – Recém-Nascido

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

s.p. – sem paginação

TP – Trabalho de Parto

UC – Unidade Curricular

UCEN – Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UOG – Urgência Obstétrica e Ginecológica

Índice

Introdução.....	12
1. Enquadramento da Problemática em Estudo	16
2. Quadro Conceptual	18
2.1. A Enfermagem e o Cuidar	18
2.2. O Aleitamento Materno	20
2.2.1. O Contacto Pele a Pele	24
3. Descrição e Análise dos Objectivos Propostos e Actividades Desenvolvidas.....	29
3.1. Contextualização do EC.....	29
3.2. Cuidar da Mulher/Família durante o TP.....	31
3.3. Cuidar do RN/Família.....	38
3.4. Promover o Aleitamento Materno e o Contacto Pele a Pele.....	39
3.4.1. Consolidação de Conhecimentos Técnico-Científicos	40
3.4.2. Compreender qual a Importância e Expectativas da Mulher/Casal face ao Aleitamento Materno.....	42
3.4.3. Análise da Influência da Promoção do Aleitamento Materno e o Contacto Pele a Pele após o Nascimento na Adaptação do RN à Mama	43
4. Considerações finais.....	53
Bibliografia.....	59
Anexos	65
Anexo I – Guia Orientador do “Estágio com Relatório” 1º CMESMO, ESEL	66
Anexo II – Competências Específicas do EESMO descritas pela Ordem dos Enfermeiros	78
Anexo III – Competências das Parteiras descritas pelo ICM.....	88
Anexo IV – Formulário para Observação da Mamada do Curso de Conselheiras em Aleitamento Materno.....	107
Apêndices.....	109
Apêndice I – Folha de Avaliação da Unidade Curricular “Estágio com Relatório”.....	110

Apêndice II – Tabela de Estudos Relevantes, Resultante da Revisão Sistemática da Literatura sobre “A Promoção do Aleitamento Materno e o Contacto Pele a Pele”	121
Apêndice III – Instrumento de Colheita de Dados e <i>Follow-up</i>	130
Apêndice IV – Análise dos Instrumentos de Colheita de Dados e <i>Follow-Up</i>	133
Apêndice V – Diário de Aprendizagem I em Contexto de Bloco de Partos.....	138
Apêndice VI – Diário de Aprendizagem II em Contexto de Bloco de Partos.....	142
Apêndice VII - Diário de Aprendizagem III em Contexto de Neonatologia.....	146
Apêndice VIII – Norma de Procedimento sobre “Alimentação por Leite Materno”	149
Apêndice IX – Apresentação em Power-Point da Norma de Procedimento sobre “Alimentação por Leite Materno”	155

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Distribuição dos <i>stressores</i> identificados pelas mulheres segundo a origem e a vertente.....	51
---	----

Introdução

Integrado no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO), foi-me solicitada a elaboração de um relatório que reflectisse o trabalho desenvolvido no contexto da Unidade Curricular (UC) “Estágio com Relatório”, do qual fazia parte integrante um Ensino Clínico (EC) em contexto de Bloco de Partos.

O EC decorreu entre 17 de Janeiro e 1 de Julho de 2011 no Hospital Dr. José de Almeida, também conhecido como HPPCascais, no serviço de Bloco de Partos (BP) e Urgência Obstétrica e Ginecológica (UOG). Teve a duração de 20 semanas, uma das quais na Unidade de Cuidados Especiais Neonatais (UCEN) do referido hospital.

A Enfermagem é uma arte e uma ciência cuja essência e especificidade é cuidar do ser humano. Ao longo do tempo os enfermeiros apostaram na sua formação académica e profissional que “(...) tem vindo a traduzir-se no desenvolvimento de uma prática profissional cada vez mais complexa, diferenciada e exigente” (Ordem dos Enfermeiros, 1998:8).

É com base nesta exigência crescente a nível da profissão que se torna fundamental a busca incessante de conhecimentos que reforcem a sustentação científica e fundamentada dos cuidados de Enfermagem. Este corpo de conhecimentos fornece a base para o exercício profissional, não esquecendo que, sendo o ser humano o objecto do cuidar, é importante atender ao utente como um todo, na sua dimensão holística, tornando a profissão de Enfermagem num desafio para quem o desenvolvimento pessoal e profissional se impõe como uma forma de ser e estar.

É este enquadramento que tenho tomado como referência para o exercício da minha actividade profissional, a qual é exercida em contexto hospitalar no internamento de puerpério e ginecologia. Considero que, como refere Benner (2001:12), “(...) a prática é, em si mesma, um modo de se obter conhecimento”. No entanto o conhecimento que fui desenvolvendo ao longo dos anos, relacionado com a minha prática diária, precisava de ser completado para ser considerada competente enquanto futura Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO). Neste sentido a aquisição de novas competências, particularmente na área da saúde materna,

obstétrica e ginecológica, tornou-se o meu objectivo desde cedo, e a razão para frequentar o curso de especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

O trabalho desenvolvido durante o curso, e especialmente neste EC, surge integrado na prossecução do meu desenvolvimento enquanto enfermeira, o qual tem como referência a capacidade de prestar cuidados de Enfermagem a um nível de excelência.

Como refere Benner (2001:32) “a teoria é um excelente instrumento para explicar e prever”. Mas apenas o saber não é suficiente para produzir conhecimento, “(...) o desenvolvimento do conhecimento numa disciplina aplicada consiste em desenvolver o conhecimento prático (saber fazer) (...)”. Assim sendo, o EC torna-se fundamental para a aquisição e desenvolvimento de competências de Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Estas competências são definidas pela Ordem dos Enfermeiros nos seguintes termos:

“Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (Regulamento Nº 122/2011:8648).

Perante a consciencialização das competências que pretendia desenvolver, ao longo da UC “Estágio com Relatório”, impôs-se primeiramente a realização de um projecto de estágio que teve em conta os objectivos preconizados na página 3 do “Guia Orientador do Estágio com Relatório”, elaborado pela ESEL (Anexo I), as competências específicas do EESMO descritas pela Ordem dos Enfermeiros em 2010 (Anexo II) e as competências referidas pelo Internacional Council of Midwives (ICM) em 2002 (Anexo III). Para além disso, com este projecto pretendia também aprofundar uma temática específica fundamentada numa reflexão sobre os meus interesses e competências a desenvolver e/ou aperfeiçoar, neste caso concreto o aleitamento materno.

Tendo por base os documentos referidos anteriormente propus-me alcançar, durante o EC, os seguintes objectivos:

- Prestar cuidados à mulher, inserida na família e comunidade, durante o trabalho de parto, efectuando o parto de forma segura e identificando eventuais situações de urgência e complicações actuando em conformidade;
- Prestar cuidados ao Recém-Nascido (RN)/família, em âmbito de BP e UCEN;

- Prestar cuidados à mulher e RN, inseridos na família e comunidade, durante o período pós-natal, promovendo o aleitamento materno e o contacto pele a pele, detectando precocemente eventuais dificuldades e actuando em conformidade, em contexto de BP e UOG.

Durante o EC realizei inúmeras actividades que me permitissem desenvolver as competências a que me propus na fase inicial do projecto e que através da realização deste relatório me possibilitassem a obtenção do grau de especialista e mestre, bem como um crescimento pessoal e profissional, sendo que para o último objectivo descrito desenvolvi actividades mais direccionadas para uma maior consolidação de conhecimentos técnico-científicos no âmbito do aleitamento materno, desenvolvi actividades de sensibilização à mulher/casal para a importância do aleitamento materno, bem como a realização de uma análise reflexiva sobre a influência do contacto pele a pele após o nascimento na adaptação do RN à mama e na manutenção do aleitamento materno.

Portanto, o título de EESMO confere ao enfermeiro uma maior competência técnico-científica e relacional na prestação de cuidados de Enfermagem especializados na sua área. São essas competências que pretendo desenvolver, durante o meu percurso profissional, tendo em vista alcançar o grau de perito. Este grau é atingido pela conjugação da experiência com a reflexão e o estudo teórico. Por isso Benner (2001:58), refere-se ao perito como alguém que

“(...) tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnóstico estéreis. (...) age a partir da compreensão profunda da situação global”.

Definições de Termos

Durante o decorrer deste relatório são utilizados alguns termos que, devido à sua pertinência no contexto da problemática em estudo, considero importante clarificar o sentido em que são utilizadas no texto:

- Aleitamento materno exclusivo - a criança apenas se alimenta de leite humano sem nenhum outro líquido ou sólido.

- Aleitamento materno parcial - a criança alimenta-se de leite humano bem como de outros líquidos ou sólidos.
- Contacto pele a pele – colocar o RN nu, em decúbito ventral, sobre o peito ou abdómen materno e cobrir ambos com um cobertor quente.
- “Pega” – termo que se refere à adaptação do RN à mama da mãe. O RN apresenta uma “boa pega” quando a boca está bem aberta, o lábio inferior virado para fora, o queixo toca a mama e a aréola é mais visível na parte superior da boca do bebé (WHO & UNICEF, 2009). Neste relatório utilizo os termos “pega” ou adaptação à mama para me referir à mesma realidade.

Com vista a uma melhor compreensão do meu percurso ao longo do EC o presente relatório inicia-se com o enquadramento da problemática em estudo (ponto 1), seguido do quadro conceptual (ponto 2). No ponto 3 é feita uma descrição e análise crítica e reflexiva dos objectivos e as actividades desenvolvidas, englobando uma caracterização sumária do serviço de BP do HPPCascais. O ponto 4 apresenta as considerações finais deste relatório. Por último, encontra-se exposta a bibliografia referenciada, seguida dos anexos e apêndices.

1. Enquadramento da Problemática em Estudo

O aleitamento materno tem muitas vezes a conotação de acto instintivo ou padrão normal de comportamento, uma vez que antigamente, com as famílias alargadas, o conhecimento era transmitido de geração em geração e as crianças cresciam com pais, tios, primos observando não só a técnica mas toda a envolvência familiar, social e cultural da amamentação. Posteriormente quando elas próprias se tornavam mães apoiavam-se na disponibilidade da família, amigos e vizinhos com experiência na amamentação (Alto Comissariado da Saúde).

Segundo o Alto Comissariado da Saúde

“Tal não acontece actualmente, com estilos de vida diferentes, dificultadores da amamentação, com modelos e hábitos de aleitamento artificial, com mães e avós que não amamentaram e/ou não foram amamentadas, sem experiência e desconhecedoras dos aspectos práticos e dos “truques” da alimentação natural ao peito” (s.p.).

Desde há duas décadas que a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) têm sensibilizado a população em geral para os benefícios do aleitamento materno, preconizando este como alimento exclusivo até aos 6 meses de idade e como alimento complementar até aos 2 anos de vida ou mais (Saraiva, 2010).

No entanto, a realidade demonstrada por um estudo, realizado por Sandes, *et al* (2007), com puérperas da maternidade do Hospital de Santa Maria em Lisboa, ainda está longe deste ideal preconizado pela OMS e pela UNICEF. Neste estudo verifica-se uma taxa de incidência de amamentação de 91% à saída da maternidade, observando-se posteriormente uma diminuição da sua prevalência aos 3 e aos 6 meses de vida para 54,7% e 34,1% respectivamente.

Dado que a maioria das mulheres inicia o aleitamento materno ainda em ambiente hospitalar, torna-se imprescindível que os profissionais de saúde se actualizem e desenvolvam competências para a promoção e apoio ao aleitamento materno.

É fundamental que o enfermeiro se encontre desperto para as dificuldades relacionadas com o aleitamento materno de modo a apoiar as mulheres para que estas

se sintam confiantes na sua capacidade de amamentar, e ajudando-as a encontrar soluções para os seus problemas (Alto Comissariado da Saúde).

Sendo o leite materno o melhor alimento para o RN, adaptado à sua imaturidade ao nascer, barato e com benefícios imunológicos, torna-se urgente mudar as práticas e hábitos de vida dos utentes, com vista a obterem-se ganhos em saúde, nomeadamente na diminuição da mortalidade pós-natal e infantil e na diminuição de infecções respiratórias e gastrointestinais (Giugliani, 2000).

Enquanto enfermeira, na minha actividade profissional, em serviço de puerpério, deparo-me com dificuldades durante o aleitamento materno, verbalizadas pelas mães, invadindo-me assim a necessidade de aprofundar ainda mais esta temática. Pela pesquisa que fui realizando, ao longo dos anos e durante o curso de conselheiras em aleitamento materno, um dos cuidados de Enfermagem, em BP, que promove o aleitamento materno é o contacto pele a pele, e, para além disso, importa outros inúmeros benefícios quer para a mãe quer para o RN.

Como demonstra um estudo longitudinal, realizado por Mikiel-Kostyra, *et al* (2002), este contacto pode influenciar também a duração da amamentação. Nesse mesmo estudo verificou-se que em 1250 díades submetidas a contacto precoce pele a pele houve um aumento de 0.39 meses de amamentação exclusiva bem como um desmame mais tardio em cerca de 1,43 meses.

Foi então com base nesta minha vivência junto das mães que escolhi a temática da promoção do aleitamento materno e do contacto pele a pele, na tentativa de perceber se “O contacto pele a pele entre mãe e RN após o nascimento facilita a pega à mama, e promove a manutenção do aleitamento materno?”.

Para mim esta UC representa a oportunidade de adquirir novas competências e aprofundar outras, nomeadamente no âmbito do aleitamento materno, e futuramente conseguir prestar cuidados de Enfermagem de excelência, adequados à realidade da mulher/família, respeitando todas as suas vertentes, e estabelecendo com esta uma relação que permita uma prestação e continuidade de cuidados apoiada em conhecimentos fundamentados e actuais.

2. Quadro Conceptual

2.1. A Enfermagem e o Cuidar

A Enfermagem é a ciência do cuidar. “ Cuidar, tomar conta da vida está na origem de todas as culturas” (Collière, 2001: 58), é uma necessidade fundamental inerente a todas as espécies vivas.

A profissão de Enfermagem foi evoluindo ao longo dos tempos e das culturas, sendo hoje “(...) um campo dinâmico, enriquecido pelas tradições do passado e desafiado pelas profundas mudanças na sociedade e nos cuidados de saúde” (Bolander, 1998:6).

Já Florence Nightingale defendia o olhar holístico sobre o utente, bem como a filosofia de cuidados globais. Para ela, a enfermeira cuidava “(...) da pessoa no seu todo, e não apenas na doença, o que significa que a enfermeira deveria ter em conta a pessoa e o seu ambiente” (Bolander, 1998:7). Para a mesma teórica, a enfermeira poderia ainda agir de modo a capacitar o indivíduo de todas as suas potencialidades para que este consiga adaptar-se às acções da natureza sobre ele próprio.

Em 1966 Virgínia Henderson surge com uma definição de Enfermagem inovadora

“A função singular do enfermeiro é assistir o indivíduo doente ou saudável na execução de actividades que contribuam para a sua saúde ou recuperação (...) que ele levaria a cabo sem ajuda, se tivesse força, vontade ou os conhecimentos necessários. E fazer isso de tal maneira que o ajude a adquirir independência o mais rapidamente possível” (Bolander, 1998:7).

Como refere Collière (2001) é a partir da compreensão das preocupações da pessoa, das suas inquietações e da expressão dos seus desejos e expectativas que a Enfermagem consegue esclarecer manifestações de desequilíbrio, com o fim de compensar os seus efeitos pelos cuidados a prestar.

Com base neste pressuposto, do utente como um todo indissociável das suas várias vertentes e do seu ambiente, escolhi o Modelo de Sistemas de Betty Neuman pela sua visão alargada e abordagem dinâmica e holística do cliente, fazendo todo o sentido a utilização deste modelo perante a prestação de cuidados de um EESMO. Como refere

Neuman (2011) o conceito de sistema aberto aumenta a compreensão profunda e as implicações a longo termo para a Enfermagem.

O conceito de sistemas implica um grande potencial para a Enfermagem e representa simultaneamente um desafio e uma oportunidade à medida que as reformas de saúde vão evoluindo pelas vantagens que proporciona, tais como: favorecer a individualização dos cuidados, pela compreensão da diversidade de reacções que um *stressor* pode causar, exigindo intervenções de Enfermagem com base no conhecimento profundo do indivíduo e da possibilidade de recurso a diversos *stressores* positivos, fornecer uma estrutura que permite conceptualizar as acções de Enfermagem, qualquer que seja o cliente e qualquer que seja o seu estado de saúde, e favorecer ainda a qualidade dos cuidados pois considera a multiplicidade de variáveis e a sua interdependência, permitindo optar em função do estabelecimento de prioridades (Neuman, 2011).

Neste modelo o sistema cliente pode ser aplicado a um indivíduo, grupo ou comunidade, permitindo a análise das interacções entre o mesmo e o meio ambiente. O centro dos cuidados, ou o designado como núcleo (*core*), no cuidar em saúde materna e obstetrícia, poderá ser a mulher, a díade (mãe/RN), a tríade (mãe/pai/RN) ou a família. Este deve ser encarado como um sistema aberto, capaz de influenciar e de ser influenciado pelo ambiente que o rodeia (*stressores*), e dotado de capacidade de reorganização e reestruturação para atingir o seu equilíbrio e bem-estar (Curran, 1995).

Dunn, em 1961, citado por Neuman (2011) descreve o bem-estar como uma integração social, cultural, psicológica e biológica combinando-se de maneira a orientar o máximo potencial de capacidades do sistema identificado.

Quando o casal pensa em engravidar ou descobre que está grávido, inicia-se nesse momento um processo de adaptação à parentalidade, implicando uma reestruturação psicológica, familiar, social e económica, que depende não apenas do indivíduo mas também dos apoios e dificuldades que encontra face ao meio social e cultural em que se encontra inserido.

Por esta razão advém a importância do modelo de sistemas de Betty Neuman e consequentemente do olhar holístico, subjacente ao próprio modelo, sobre a mulher/família objecto dos cuidados de Enfermagem, implicando uma compreensão física, psicológica e relacional da díade/tríade/família sujeitos a processos de ajuste

aos *stressores* (factores que provocam tensão, podendo ser intrapessoais, interpessoais ou extrapessoais), como refere Curran (1995).

No BP a presença do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia é fundamental, durante o TP, na avaliação do bem-estar materno-fetal, bem como no apoio à mulher/casal/família, em todo o processo de adaptação a esta nova realidade que se assume com o nascimento de um bebé, implicando uma visão do sistema cliente bastante abrangente e profunda onde o modelo de sistemas de Betty Neuman adquire grande relevância.

Num momento de extrema vulnerabilidade, como é o nascer de um filho, o enfermeiro deve atender a uma série de factores que podem levar a que a experiência possa ser considerada pelo sistema cliente como positiva ou negativa. Deste modo poderá individualizar os cuidados a prestar, perante os *stressores* identificados, e assim aumentar as linhas de resistência e a linha normal de defesa do sistema cliente com vista a que este atinja o seu equilíbrio o mais rapidamente possível.

O enfermeiro deverá minimizar os *stressores* negativos provocados pelo impacto do ambiente hospitalar, algo hostil e impessoal, e ampliar os conhecimentos do sistema cliente face aos processos inerentes ao TP, deste modo estabelecerá uma influência nas respostas da mulher/família aos cuidados de Enfermagem prestados.

Durante o aleitamento materno, mais especificamente, este modelo faz todo o sentido, pois como será demonstrado seguidamente, esta prática envolve não apenas a díade mas também diversos factores que a rodeiam, e que, de algum modo, podem ter interferência no seu sucesso.

2.2. O Aleitamento Materno

A adesão ao aleitamento materno durante o decorrer da história tem sofrido várias oscilações. Existem dados que mostram que na Antiguidade, em várias regiões e culturas, a amamentação era tida como uma dádiva e uma bênção divina. No entanto, como prática social e cultural a sua incidência e prevalência é fortemente influenciada pelo ambiente que a rodeia. Por exemplo no século XVIII o aleitamento materno apenas era fornecido pelas chamadas “amas-de-leite”, nas classes sociais mais altas, e

é apenas no século XIX que cerca de 90% das mães voltaram a amamentar (Saraiva, 2010).

Entretanto, após a Segunda Guerra Mundial, assiste-se novamente a um decréscimo desta prática. Diversos factores estiveram na origem deste fenómeno, nomeadamente a industrialização, que proporcionou a produção em larga escala de leites em pó, a publicidade agressiva, que caracterizava o leite adaptado como um substituto razoável do leite materno, reforçado pela sua praticidade e pelo facto destes leites serem enriquecidos com vitaminas, podendo eventualmente considerar-se superiores ao leite materno (WHO & Maternal and newborn health/safe motherhood unit, 1998; Escobar, *et al*, 2002).

Também a entrada das mulheres no mundo do trabalho, o modo estrutural e organizacional da sociedade moderna e a perda da família alargada desempenharam o seu papel enquanto dificultadores do aleitamento materno. Como refere o Alto Comissariado da Saúde “tradicionalmente aprendia-se com a mãe, a avó, com irmãs mais velhas, vizinhas ou amigas, mas hoje, por diversos motivos, é mais difícil encontrar alguém a quem recorrer e a quem pedir apoio e ajuda” (s.p.). Consequentemente a prática do aleitamento materno foi “caindo no esquecimento”.

É apenas a partir de meados dos anos 70 que se verifica um retorno gradual ao aleitamento materno, os profissionais de saúde começam a estar mais atentos e actualizam-se neste campo, e os trabalhos de investigação nesta área fundamentam o valor que é reconhecido à prática do aleitamento materno.

Como refere Chaves (2007:242)

“A amamentação é uma prática milenar com reconhecidos benefícios nutricionais, imunológicos, cognitivos, económicos e sociais. Tais benefícios são aproveitados em sua plenitude quando a amamentação é praticada por pelo menos 2 anos, sendo oferecida como forma exclusiva de alimentação do lactente até o sexto mês de vida”.

As vantagens que advêm do aleitamento materno traduzem-se numa menor incidência de infecções nomeadamente respiratórias, gastrointestinais e urinárias, bem como alergias e asma para a criança, significando uma redução da mortalidade neonatal e infantil em 90%, num estudo realizado por Jones, *et al*, (2003), em 42 países (citado por Chaparro & Lutter, 2009). Além da protecção contra estas patologias, “(...) o leite

materno propicia uma nutrição de alta qualidade para a criança, promovendo o seu crescimento e desenvolvimento” como refere Giugliani (2000;s.p.).

Também as vantagens maternas são amplamente reconhecidas. Como referem Keister, *et al* (2008) e Guise, *et al* (2003), existe associado ao aleitamento materno uma diminuição dos riscos de incidência de neoplasia da mama e ovário, decréscimo na ocorrência de hemorragia pós-parto, retorno mais rápido ao peso habitual, bem como a possibilidade do adiamento de uma nova gravidez através do método da amenorreia lactacional.

Segundo Keister, *et al* (2008) existem ainda outras vantagens associadas ao aleitamento materno, nomeadamente ambientais, pois diminui o desperdício de biberões, tetinas e latas, e ainda vantagens económicas, manifestando-se, no geral, numa diminuição de 3,6 biliões de dólares em custos de saúde.

Embora os estudos comprovem a superioridade do leite materno, e a OMS recomende o aleitamento exclusivo até aos seis meses de vida e como complemento até aos dois anos de vida ou mais, percebe-se, a partir dos vários estudos consultados, que em muitos países do mundo existe um abandono precoce desta prática.

Num estudo realizado por Bystrova, *et al* (2007) na Rússia estima-se que cerca de 95% das mães amamentam até à alta hospitalar, observando-se posteriormente um decréscimo acentuado da prática do aleitamento materno. Ao terceiro mês de vida do RN apenas 64% das mulheres mantêm amamentação, ocorrendo uma diminuição aos 6 meses de idade para metade, amamentando apenas cerca de 31% das mulheres. Antes do RN completar o ano de idade, unicamente 10% das mulheres amamenta.

No Brasil a média de duração de aleitamento materno é de cerca de 7 meses, sendo que quando se fala de aleitamento materno exclusivo a média é de apenas 1 mês. “Apesar de a grande maioria das mulheres (96%) iniciar a amamentação, apenas 11% amamentam exclusivamente no período de 4 a 6 meses, 41% mantêm a lactação até o final do primeiro ano de vida e 14% até os 2 anos” (Giugliani, 2000: s.p.).

Segundo o programa norte-americano Healthy People 2010 verificou-se que em 2004 a amamentação exclusiva aos 3 meses era de 30,5% e aos 6 meses de apenas 11,3% (Watkins & Dodgson, 2010).

Em Portugal os estudos são muito escassos, mas como referem Marinho & Leal (2004) citando Levy (1994) o panorama parece assemelhar-se ao descrito anteriormente, ocorrendo uma elevada incidência de aleitamento materno após o nascimento, verificando-se um posterior declínio principalmente após o 1º e o 4º mês de idade.

Num estudo conduzido por Sandes, *et al* (2007), na Maternidade do Hospital de Santa Maria em Lisboa, verificou-se que 91% das mulheres amamentava no momento da alta hospitalar, sendo que 77,7% praticava amamentação exclusiva. No entanto verificou-se uma acentuada taxa de abandono aos 3 e aos 6 meses de vida.

As causas de abandono precoce são frequentemente descritas na literatura, tais como, o bebé não conseguir mamar, o medo da dor e desconforto, limitações da liberdade e vida social da mãe e até a crença de que o pai não pode ser envolvido no aleitamento materno (King (1991), Losh, Dungy, Russel, & Dusdieher (1995) citado por Marinho & Leal (2004)). Estes mesmos autores relacionam ainda a percepção que muitas mães têm de insuficiente produção de leite e o regresso à actividade laboral como dois motivos principais que levam ao desmame precoce.

Actualmente verifica-se um empenho e retorno gradual a esta prática, principalmente devido à “(...) implementação de políticas nacionais e de recomendações a todos os níveis dos serviços de saúde (...)” como refere Saraiva (2010:1). Grande parte deste esforço deve-se a duas instituições, a OMS e a UNICEF, que se uniram já desde a década de 80, e posteriormente criaram um projecto mundial intitulado Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.

Esta iniciativa baseia-se na adopção de 10 medidas, que devem ser implementadas nos serviços de saúde de assistência a grávidas, puérperas e RN, promovendo o aleitamento materno, e que preconizam, entre outras, que toda a equipa esteja capacitada para sensibilizar, apoiar e informar mães e famílias sobre o aleitamento materno (Monteiro, 2006).

Sabe-se que o aleitamento materno, como prática cultural e social, depende de vários factores. Actualmente com a perda de transmissão de conhecimento de mães para filhas e a falta de modelos familiares, o papel dos profissionais de saúde parece ganhar uma maior relevância no âmbito da promoção e manutenção do aleitamento materno (Sharron, Hill, & Spiegelberg, 1998 citado por Marinho & Leal, 2004).

“Efectivamente, o início e manutenção do aleitamento materno podem estar relacionados com factores de diversa natureza no âmbito individual, inter-pessoal e social, encontrando-se os profissionais de saúde que prestam cuidados materno-infantis numa posição privilegiada para acompanhar as mães ao longo de todo este processo” (Lowe, 1990 citado por Marinho e Leal, 2004:95).

Como refere Ekstrom, *et al* (2003) os factores sociais e a idade materna influenciam as taxas do aleitamento materno. Segundo Watkins & Dodgson (2010) citando DiGirolamo, *et al* (2005) e Taveras, *et al* (2003) as experiências anteriores de amamentação têm também impacto na duração da mesma, e citando Arora, McJunkin, Wehrer, & Kuhn (2000) o suporte familiar, nomeadamente o apoio do companheiro e da mãe da mulher, encontra-se de alguma forma associados a uma maior longevidade do aleitamento materno.

2.2.1. O Contacto Pele a Pele

“Amamentar é uma arte que se aprende” (Alto Comissariado da Saúde) e como tal necessita de ser promovida e apreendida, nunca esquecendo o constante apoio, reforço e motivação que as lactantes necessitam para manter a amamentação.

“Os estudos desenvolvidos na Europa e E.U.A. acerca das atitudes dos profissionais de saúde face ao aleitamento materno têm demonstrado uma concordância sobre os benefícios do aleitamento materno e a uma assunção do papel dos técnicos na promoção do aleitamento (...)” (Marinho e Leal, 2004:96, citando Bagwell, Kendrick, Stitt & Leeper, 1993; Barnett *et al*, 1995; Lawrence, 1982; Lowe, 1990; Lazzaro, Anderson & Auld, 1995; Patton, Beaman, Csar & Lewinskyi, 1996; Reiff & Essock-Vitale, 1985; Shanler, O’Conner & Lawrence, 1999).

Os técnicos na área da saúde, nomeadamente os enfermeiros devem desmistificar alguns mitos e crenças associados ao aleitamento materno, e capacitar as mulheres para o mesmo.

Os cursos de preparação para a parentalidade têm um papel fundamental na promoção do aleitamento materno no período pré-natal, não só na transmissão de informação sobre as vantagens desta prática, mas também na prevenção e partilha de estratégias para evitar dificuldades ou problemas mamários que possam decorrer da mesma.

Como refere Guise, *et al* (2003) as intervenções de suporte e educação de modo a promover o aleitamento materno, aparentam aumentar a iniciação e manutenção do aleitamento materno até aos 6 meses de vida. A educação para a saúde deve incluir a abordagem de temas como: benefícios da amamentação, princípios da lactação, mitos, problemas comuns e soluções, bem como aquisição de capacidades através do treino, revelando-se estas, importantes armas para aumentar as taxas de incidência e prevalência do aleitamento materno.

O Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia tem um papel preponderante como formador neste âmbito. Como refere a Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras (APEO) “As parteiras têm de aconselhar e apoiar as mães que amamentam, e esta actividade deve considerar-se prioritária na distribuição dos tempos e actividades destas profissionais” (2009:108).

No entanto, a actuação do enfermeiro especialista não se fica pelo período pré-natal, a sua actividade é fundamental durante os 4 estadios do TP e muitas vezes decisiva na manutenção da amamentação.

“Nas últimas décadas temos assistido a grandes mudanças nas práticas de cuidados à mãe e RN nas várias maternidades a nível mundial, maioritariamente devido às recomendações derivadas da evidência científica” (Bystrova, *et al*, 2007:2). Como relatam Chaparro & Lutter (2009) citando Awi & Alikor (2004) os cuidados ao RN tais como banho e a pesagem, ou como refere Bystrova, *et al* (2007), o envolver o RN em mantas, alimentá-lo 7 vezes por dia impondo um horário e a separação entre RN e mães podem afectar negativamente o contacto entre mãe-filho, bem como a iniciação da amamentação (Chaparro & Lutter citando Awi & Alikor, 2006).

A nível mundial têm surgido estudos que comprovam a eficácia da iniciação da amamentação na 1 hora de vida, do alojamento conjunto, das mamadas em horário livre e do contacto precoce pele a pele, entre mãe e RN logo após o nascimento, na manutenção da amamentação (Bystrova, *et al*, 2007), sendo que estes cuidados já foram adoptados em muitas maternidades portuguesas.

Como expõem também Watkins & Dodgson (2010), citando estudos de Cattaneo & Buzzetti (2001); Coutinho, Lira, Lima & Ashworth (2005); Dennis (2002); Murray, Ricketts & Dellaport (2007) as práticas hospitalares têm grande influência na taxa de duração do aleitamento materno.

Após o nascimento de uma criança habitualmente ambos os pais se encontram muito disponíveis e devem ser encorajados a pegar no seu bebé. Este período “sensível” predispõe a que mães e RN desenvolvam padrões de interacção mútua quando juntos e em contacto íntimo (Moore & Anderson, 2007).

Citando Mikiel-Kostyra, *et al* (2002) sete estudos concluíram que o contacto precoce, numa fase inicial da lactação, aumenta a taxa de amamentação em cerca de 2-3 meses após o nascimento.

Como referem Chaparro & Lutter (2009) e Giugliani (2000) o contacto precoce pele a pele entre mãe e RN é benéfico não só pelo seu efeito positivo na amamentação, mas também na regulação da temperatura do RN e no fortalecimento da relação mãe-filho, todos eles componentes essenciais à sobrevivência e saúde neonatal e infantil. Segundo Newman (2005) a frequência respiratória e cardíaca do RN ficam mais estáveis e a glicemia mais elevada.

A promoção do contacto pele a pele logo após o nascimento favorece a colonização da pele e tracto gastrointestinal do RN “(...) pelos microrganismos maternos, que tendem a ser não patogénicos, e contra os quais o leite materno tem anticorpos” (OMS, 1989:20).

Widstrom, *et al* (1987) e Varendi, *et al* (1994) citados por Chaparro & Lutter (2009) relatam ainda a importância deste contacto na adaptação do RN à vida extra-uterina, promovendo também o que denominam como “*prefeeding behavior*”, em que a criança inicia espontaneamente movimentos de busca e sucção até localizar a mama.

Como referem Moore & Anderson (2007), um RN de termo saudável tem a habilidade de rastejar e realizar uma pega correcta, iniciando uma mamada eficaz em menos de 60 minutos. Citando Bystrova, *et al* (2007) o RN fica relaxado e em estado de alerta iniciando movimentos de sucção.

O facto da amamentação ser iniciada o mais precocemente possível promove também, na mulher, a libertação de hormonas responsáveis pela produção e ejeção de leite, nomeadamente a ocitocina. Esta hormona, além de promover a ejeção de leite através dos ductos mamários, facilita também a dequitação, encurtando assim o terceiro estadio do TP, e auxilia à contracção uterina de modo a reduzir o risco de hemorragia pós-parto (Manzini, *et al*, 2002 citando Saadeh & Akre, 1996) e, para além disso, como referem Moore & Anderson (2009), aumenta a temperatura materna.

Também Mikiel-Kostyra, *et al* (2002) estudaram a importância do contacto pele a pele após o nascimento, demonstrando a sua influência na duração do aleitamento materno. No entanto, como referem McGrath & Kennell (2002), estes estudos não têm por vezes em conta todas as variáveis que podem interferir na iniciação e manutenção do aleitamento materno, podendo ser incorrecta a sua generalização.

Ainda assim, os mesmos autores descrevem que investigadores do Hospital Karolinska foram um grande incentivo na demonstração de atitudes e reacções tidas quer pelas mães quer pelos RN quando colocados em contacto pele a pele. Nomeadamente a “(...) capacidade dos RN, saudáveis e sem a influência de medicação, em rastejar pelo abdómen materno e fazerem a pega para iniciarem as primeiras sucções” (McGrath & Kennell, 2002:1288). Também evidenciaram a presença de hormonas gastrointestinais que promovem o crescimento das vilosidades intestinais, bem como alterações no metabolismo parasimpático e simpático na díade quando se inicia a amamentação.

Segundo Chaparro & Lutter (2009:327) citando um estudo de Moore & Anderson (2007)

“ (...) as crianças colocadas em contacto pele a pele com a mãe cerca de 1,5 horas, com início no 1º minuto pós-parto, tiveram significativamente mais sucesso na primeira pega à mama e menos tempo para principiar a amamentação efectiva do que os RN envoltos em cobertores e mantas”.

Também a APEO expõe, que em RN saudáveis e de termo, que sejam colocados em contacto precoce pele a pele com as mães, observou-se “ (...) um aumento na duração da amamentação exclusiva e na sua duração total (...) ” (2009:108).

Mesmo havendo evidência científica sobre os benefícios associados ao contacto pele a pele, muitas vezes os profissionais de saúde evitam-no, principalmente pelo receio da perda de calor do RN e pela imposição dos protocolos hospitalares para a realização de cuidados imediatos ao RN, logo após o nascimento.

É por isso urgente identificar intervenções educacionais eficazes de modo a munir os profissionais de saúde com as competências necessárias para providenciar um melhor suporte à díade de quem cuidam (Watkins & Dodgson, 2010).

Os profissionais de saúde desempenham também um papel fundamental no melhoramento do cenário mundial,

“ (...) promovendo a amamentação e ajudando as mulheres que amamentam a superar uma série de obstáculos à amamentação bem sucedida. (...) Aconselhamento no pré-natal, orientação e ajuda no período de estabelecimento da lactação, avaliação criteriosa da técnica de amamentação e intervenção adequada quando surgem os problemas relacionados com a lactação são algumas tarefas que profissionais de saúde que lidam com mães e bebês devem dominar” (Giugliani, 2000, s.p.).

É também deveras importante que vários passos sejam tomados no sentido de implementar com sucesso estes cuidados, nomeadamente, como referem Chaparro & Lutter (2009):

- Desenvolver “guidelines” integradas na prática de cuidados quer à mãe quer ao RN simultaneamente;
- Sensibilizar para a importância destas práticas, não apenas os profissionais, mas também as mulheres/família;
- Minimizar as barreiras institucionais à implementação destes cuidados.

A realidade é que a amamentação é uma técnica que exige paciência, dedicação e acima de tudo disponibilidade para aprender. Um longo caminho tem sido percorrido neste sentido, ainda assim, existem algumas práticas de cuidados que podem ser melhoradas e, apenas fundamentando a importância destas práticas na evidência científica é possível produzir mudanças, que se traduzam em cuidados de Enfermagem de excelência e ganhos na saúde das mulheres/RN/família/sociedade.

3. Descrição e Análise dos Objectivos Propostos e Actividades Desenvolvidas

Perante os objectivos propostos foram delineadas actividades que me permitissem alcançá-los e que fossem exequíveis face ao tempo disponível e à realidade do serviço de BP do HPPCascais. Para uma melhor compreensão das mesmas, acho primeiro necessário fazer uma contextualização ao EC.

3.1. Contextualização do EC

O HPPCascais pertence ao grupo HPP Saúde, formando uma parceria público-privada com a Caixa Geral de Depósitos. Este tem como objectivo prestar serviços de saúde com eficácia e qualidade, centrado nas necessidades dos clientes.

O HPPCascais veio substituir o antigo Hospital Dr. José de Almeida de Cascais, sendo actualmente uma unidade de saúde moderna e com as tecnologias mais actuais, dando resposta às necessidades de utentes do Concelho de Cascais e 8 freguesias do Conselho de Sintra: Algueirão – Mem-Martins; Pêro Pinheiro; Colares; São João das Lampas; Sintra (Santa Maria e São Miguel); Sintra (São Martinho); Sintra (São Pedro de Penaferrim) e Terrugem.

Das muitas especialidades que o Hospital oferece existe também a área da saúde materna, obstetrícia e ginecologia, representada pelo serviço de UOG, BP, internamento de ginecologia e obstetrícia (grávidas de risco e puerpério), UCEN e consulta externa.

O EC decorreu no serviço de BP e UOG, durante 19 semanas, e 1 semana na UCEN. Ambos os serviços se situam no piso 3 junto um ao outro. A UCEN tem capacidade para 14 RN e, como parte integrante do mesmo serviço, encontra-se também a Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos, com capacidade para 8 crianças.

O BP dispõe de 5 salas de parto, 2 blocos de cesarianas e um bloco de curetagens, havendo uma distribuição relativamente uniforme das salas de parto em relação à sala de trabalho de Enfermagem, de modo a permitir uma melhor vigilância e assistência das utentes.

Os recursos humanos do BP são constituídos por equipas médicas, de Enfermagem, assistentes operacionais e administrativas. Quanto à equipa de Enfermagem, esta é formada por 1 EESMO Coordenador, 1 EESMO Chefe, 1 EESMO Responsável, 21 EESMO e 14 Enfermeiros Generalistas que asseguram a continuidade de cuidados quer no BP quer na UOG.

Logo desde o primeiro dia que me foi possibilitada uma integração ao serviço, foi efectuada uma visita ao BP e UOG, com vista à compreensão da estrutura organizacional e dinâmica, bem como à apreensão do local do material e do equipamento nos referidos serviços. Fui também apresentada à equipa multidisciplinar e foi-me disponibilizada a consulta de manuais, protocolos e procedimentos existentes no serviço de modo a integrar a equipa multidisciplinar e desenvolver esta capacidade de integração ao EC.

A integração/socialização, perante uma realidade estranha, é fundamental para o processo de aprendizagem e desenvolvimento enquanto estudante. No meu caso esta foi facilitada por todos os elementos da equipa que me encararam sempre com boa disposição, simpatia e disponibilidade. Permitiu também desenvolver a minha capacidade de adaptação a novas situações em contextos alargados e multidisciplinares, bem como um conhecimento mais profundo da própria instituição e da sua missão.

No entanto, durante o decorrer do EC, devido a contingências institucionais e profissionais não previstas, estive sob a orientação de 3 EESMO, em períodos diferentes.

Esta troca constante de enfermeiro orientador permitiu-me uma visão mais abrangente dos cuidados de Enfermagem e a aprendizagem de diferentes formas de agir, que diferem de enfermeiro para enfermeiro. Confesso que se manteve, por algum tempo, como um factor de *stress*, devido à constante reorganização e reestruturação do trabalho perante a forma de trabalhar e as exigências de cada orientador. Ainda assim, acabei por desenvolver estratégias de adaptação que me permitiram conduzir o meu percurso de aprendizagem e possibilitaram tanto um crescimento pessoal como profissional.

Como referi, na introdução deste relatório, o EESMO tem como foco de atenção dos seus cuidados de Enfermagem a Mulher em qualquer fase do seu ciclo reprodutivo. Por essa razão e pela sua área de actuação ser tão abrangente acompanhei várias vezes o circuito da mulher pela UOG e BP com vista a aproveitar o maior número de experiências que me permitissem um crescimento e evolução gradual.

Por uma questão de organização e facilidade de leitura deste ponto, organizei-o em sub-pontos tendo em conta os objectivos definidos para este ensino clínico.

3.2. Cuidar da Mulher/Família durante o TP

Um dos meus objectivos deste EC era “Prestar cuidados à mulher, inserida na família e comunidade, durante o trabalho de parto, identificando situações de urgência e complicações actuando em conformidade”.

Para atingir este objectivo efectuei uma pesquisa bibliográfica, de modo a aprofundar conhecimentos, principalmente a nível da leitura e interpretação de cardiotocograma, patologias da gravidez e mecanismos do TP. Deste modo consegui sentir-me mais segura na prática, durante o EC, e à medida que me ia deparando com novas situações, estas serviam de incentivo e motivação para realizar nova pesquisa bibliográfica.

Durante a primeira semana de EC embora participasse na prestação de cuidados às mulheres/família, adoptei uma atitude mais centrada na observação e reflexão dos cuidados prestados pelo enfermeiro especialista durante as várias fases do TP, vigilância da gravidez ou vigilância da mulher com afecções ginecológicas. Este período facilitou a minha integração na dinâmica do próprio serviço.

Durante o acolhimento à mulher/família, e após a minha apresentação, procurava promover um ambiente calmo onde a mulher se sentisse segura. Explicava-lhe qual a funcionalidade dos vários objectos presentes na sala e fornecia algumas informações relacionadas com a própria dinâmica do serviço, era-lhe ainda proporcionada a possibilidade de tomar duche e realizar microclister.

Posteriormente era monitorizada com cardiotocograma contínuo, após a verificação da estática fetal através das manobras de Leopold, era puncionado um acesso periférico e havia uma rigorosa restrição alimentar que apenas poderia ser quebrada por prescrição

médica. Em caso de necessidade se não tivesse serologias actualizadas ou não possuísse valores analíticos, sobre plaquetas e coagulação, esses eram colhidos no momento da admissão.

O uso persistente destas técnicas vem demonstrar a necessidade de segurança por parte dos profissionais de saúde. Como refere o Instituto Lamaze, o uso indiscriminado de certos cuidados tais como a restrição de líquidos, o uso de líquidos endovenosos, a monitorização fetal contínua, a ruptura artificial de membranas, o uso de ocitocina na condução do TP, a analgesia epidural, a restrição de movimentos e parir na posição de litotomia são apenas alguns exemplos que

“ (...) não torna o parto mais seguro para a mãe e bebé, a não ser que exista uma razão médica clara para o uso da tecnologia ou outras intervenções, interferir no processo natural do trabalho de parto e parto não só não beneficia o nascimento como aumenta a probabilidade de causar dano” (2003:1).

Deste modo, impondo estes cuidados à mulher, estamos a submetê-la a um papel passivo, na altura em que ela deveria ter todo o protagonismo; estamos também a agir sobre a mesma funcionando como um *stressor* negativo capaz de influenciar a experiência de parto da mulher/família de quem estamos a cuidar.

Depois da mulher estar mais familiarizada com o ambiente, era fundamental realizar uma colheita de dados criteriosa. Era consultado o boletim de saúde da grávida com a finalidade de colher alguns dados relativos a: antecedentes pessoais e familiares, antecedentes obstétricos, história da gravidez e em caso de necessidade consultava os exames complementares. A mulher era também questionada sobre o seu desejo em realizar ou não analgesia epidural.

Sempre que estava junto da grávida e acompanhante, aproveitava esse tempo para explorar um pouco as expectativas e experiências anteriores face ao TP, tentava compreender se a gravidez tinha sido planeada e/ou desejada e como tinha decorrido, se tinham frequentado o curso de preparação para a parentalidade, se estavam informados sobre o que era o TP e quais os seus estadios, como queriam alimentar o RN, e, em caso de múltiparas, se tinha amamentado e como tinha sido a sua vivência.

Estes momentos privilegiados no contacto com a mulher permitiam-me entender quais os *stressores* que elas próprias identificavam perante o TP e o aleitamento materno

permitindo-me um olhar mais abrangente perante as várias vertentes do sistema cliente.

À medida que o EC foi avançando fui-me tornando cada vez mais autónoma, aumentando a minha criatividade, capacidade de negociação e tomada de decisão face às necessidades dos utentes. Fui gradualmente desenvolvendo a minha competência na compreensão de diagnósticos e actividades importantes para aquela grávida/família na tentativa de colmatar as suas necessidades.

Desde que a mulher era admitida no serviço havia uma tentativa de promover a qualidade dos cuidados aos 3 níveis de prevenção, perspectivando a continuidade de cuidados e desenvolvendo processos de educação em saúde ao indivíduo/família de modo a minimizar os seus medos, inseguranças ou desconfortos.

O TP inicia-se com o apagamento e dilatação do colo do útero, pelo que o toque vaginal, para avaliar a cervicometria, se torna imprescindível para conseguir compreender a progressão do TP. Durante o EC houve oportunidade de experienciar várias situações de relevância para o meu processo de aprendizagem, pois durante a prática de cuidados tive mulheres que foram admitidas para fazer indução do TP, outras na fase latente, e algumas encontravam-se já na fase activa ou mesmo no período expulsivo. Embora durante o EC em “Internamento de Grávidas” já tivesse tido oportunidade de realizar esta actividade, foi durante o presente EC que “amadureci” a técnica e a minha percepção sobre as características do colo, bem como da estática fetal, embora por vezes ainda tenha alguma dificuldade na avaliação da variedade.

Sabendo que este é um procedimento algo desconfortável e por vezes mesmo doloroso, fazia questão de primeiro explicá-lo à mulher, e só depois, com o seu consentimento, é que realizava o toque procurando não causar dor. Foi-me agradável ouvir, da maioria das mulheres, que quando eu realizava esta técnica o desconforto que lhes causava era mínimo em comparação com outros profissionais.

Quando a mulher começava a referir queixas algicas demonstrava-lhe técnicas de respiração, incluía o acompanhante nos cuidados à parturiente, explicando-lhe como poderia proceder às massagens de conforto, incentivava a mulher a adoptar posições que para ela fossem confortáveis, incitava-a a deambular e a utilizar a bola de pilates, caso esse fosse o seu desejo, de modo a promover a progressão do TP.

Sempre que a mulher o desejava e caso já apresentasse 3 cm de dilatação era solicitado o médico anestesista para efectuar a técnica de analgesia epidural. Caso ainda não tivesse esta dilatação e se verificasse que a mulher estava já com um nível de dor acentuado (> 7 na escala das faces) e caso os analgésicos prescritos tivessem pouco efeito, ponderava-se a realização de técnica de analgesia sequencial.

Durante o decorrer de qualquer uma destas técnicas o enfermeiro era fundamental no apoio à parturiente. Explicava-lhe em que consistia a técnica e quais os seus efeitos, como se deveria posicionar, e mostrava disponibilidade para estar junto a ela e esclerecer qualquer dúvida.

Para além dos diversos procedimentos, eu estava na sala com a mulher mantendo o seu posicionamento e prestando-lhe o apoio necessário. Mesmo após a minha explicação havia ainda muitas mulheres que evidenciavam receio perante esta técnica e por isso houve situações em que estive de mão dada com elas até a técnica acabar, tendo verificado um sentimento de maior confiança no rosto das mesmas. Se posteriormente as mulheres ficassem novamente queixosas era competência do enfermeiro realizar nova “repicagem” conforme protocolo existente.

Assim que a mulher se encontrava sem queixas explicava-lhe que lhe iria colocar um medicamento, perfusão de ocitocina, para regularizar a frequência e intensidade das contracções uterinas. De início este era um procedimento em que tinha alguma dificuldade, pois a sua administração tinha de ser feita cautelosamente, de modo a não provocar uma taquissístolia uterina. Com o tempo comecei a desenvolver o meu pensamento crítico e por isso fazia um aumento gradual da ocitocina.

Quando o feto apresentava bradicardia e o cardiotocograma se tornava suspeito, era já com alguma destreza, que me dirigia ao transdutor para verificar se estava bem colocado e se a frequência cardíaca fetal era real, pedia à mulher para se reposicionar pois poderia haver uma pressão sobre o cordão umbilical, e caso não revertsse colocava O₂ por máscara e, se necessário, chamava o médico. Durante o EC tive também oportunidade de colocar, em mulheres com um cardiotocograma suspeito, uma amniotomia e duas monitorizações internas.

Desde o início do EC que me apercebi da minha dificuldade em verificar se a apresentação fetal já estava descida o suficiente para começar a coroar, por isso, em 2 ou 3 situações, posicionei a mulher em litotomia demasiado cedo. Depois acabei por ter

de retirar os campos esterilizados para que esta fosse realizando esforços expulsivos em decúbito lateral para promover a descida fetal.

De modo a organizar melhor o meu trabalho, e a evitar esquecimentos, numa fase inicial do EC preparava a mesa esterilizada, com o material necessário para realizar o parto, um pouco cedo e revia várias vezes o que era necessário. No final do EC apenas preparava a mesa quando a dilatação estava completa ou quase dependendo da paridade da mulher. Houve apenas uma situação em que não consegui preparar a mesa, era o 4º filho da mulher e rapidamente passou dos 7 cm para dilatação completa tendo autonomamente iniciado esforços expulsivos; apenas tive tempo para calçar as luvas e apoiar a saída do RN, foi uma emoção que não consigo descrever.

Outra das minhas dificuldades era durante o período expulsivo propriamente dito, atender aos vários cuidados com destreza e competência, tais como : a protecção do períneo, estar atenta à mulher e acompanhante, ouvir o cardiotocógrafo para em caso de necessidade actuar, aumentar a perfusão de ocitocina, onde e quando realizar a episiotomia, verificar se esta era mesmo necessária ou se o períneo tinha elasticidade suficiente, averiguar a presença de circular, o agarrar no RN de modo a que não “escorregasse”, a expressão abdominal e torácica do RN de modo a expelir as secreções e líquido amniótico.

Houve um dos enfermeiros orientadores que, nesta fase, deu um contributo importantíssimo demonstrando-me a sua técnica de desencravamento dos “ossos craneanos fetais” dos “ossos ilíacos maternos”, o controlo da descida e desflexão da cabeça fetal e a técnica de pegar no RN foram pormenores que considero bastante pertinentes, e evitam lacerações e episiotomias desnecessárias que se podem tornar num *stressor* na recuperação da mulher.

Tenho noção que nos primeiros partos que realizei a parte técnica consumia toda a minha atenção, no entanto, à medida que me fui familiarizando com o processo inerente ao 2º estadio do TP, fui também voltando o meu cuidado e disponibilidade para os utentes. A explicação das várias técnicas que ia fazendo, o incentivo constante para que a mulher realizasse os esforços expulsivos, manter a confiança da mulher na sua própria capacidade para parir, estimular o apoio e participação do acompanhante, depressa se tornaram as minhas prioridades além da monitorização do bem-estar materno-fetal.

Depois do período expulsivo e dado que era uma actividade deveras importante, como referenciado no ponto 2 no estabelecimento da relação da díade/tríade, na colonização da pele do RN, na activação do “*prefeeding behavior*”, na manutenção da temperatura e estabilização dos parâmetros vitais do RN, sempre que a condição materna e do RN o permitia e a mulher o desejasse, estes eram colocados em contacto pele a pele.

Após este período extremamente cansativo e emotivo para os pais, eu incentivava-os a tocarem e a conhecerem o seu bebé, também elogiava a capacidade, dedicação e empenho da mãe durante os 2 primeiros estadios do TP, frizando que tinha feito um esforço excelente e felicitando ambos pelo nascimento do seu bebé.

No 3º estadio do TP a mulher, de um modo geral, encontrava-se mais calma e focada no seu bebé. De forma a não quebrar esse contacto tentava, de uma maneira sucinta, explicar em que consistia este estadio, deixando depois que toda a sua atenção se prendesse no seu filho.

Considero não ter tido grandes dificuldades durante esta fase do TP. Rapidamente aprendi a identificar sinais de descolamento da placenta, pedia que me parassem a perfusão de ocitocina, e esperava que a placenta fosse expulsa realizando alguma tracção apenas quando verificava, através do toque, que esta já se encontrava à entrada da vagina.

Depois da placenta ser expulsa verificava a zona de inserção do cordão umbilical, se as membranas (corion e o âmnio) estavam aparentemente completas e se havia sinais de colitédones incompletos ou acessórios, através do sangramento da placenta, que pudessem ter ficado retidos.

Posteriormente verificava a formação do globo de segurança de Pinnard e, após ter explicado o procedimento à mulher, fazia expressão uterina para promover a saída de coágulos. Este último procedimento é doloroso para a mulher e por isso tentava encurtá-lo o máximo possível.

Em caso de episiotomia e/ou laceração, antes de começar a suturar, informava a mulher sobre a técnica que iria realizar, fazendo questão de a lembrar que, caso lhe estivesse a causar dor, me avisasse para realizar nova infiltração com anestésico local.

Foi com alguma calma e facilidade que me iniciei na técnica de sutura, necessitando no início de alguma orientação, dado o desconhecimento dos vários tipos de tecido, mas

creio que rapidamente aprendi a técnica, tendo havido oportunidade de executar vários tipos de ponto: sutura contínua, pontos simples, donatis e pontos invertidos.

Depois de suturar, fazia uma revisão do canal de parto, de modo a confirmar a sua integridade, prestava os cuidados de higiene perineal à mulher, para promover o seu conforto e bem-estar, e avaliava novamente o globo de segurança de Pinnard, as perdas hemáticas via vaginal e o períneo, pois poderia haver a necessidade de aplicar crioterapia para diminuir o edema.

Durante o EC realizei 46 partos eutócicos dos quais em 36 foram necessárias episiotomias, houve 17 lacerações de grau I e 1 laceração de grau II com necessidade de serem suturadas. Destes partos existiram algumas situações que requereram um pouco mais atenção e de destreza, tais como circulares cervicais, procedência da mão, circulares corporais e até mesmo distócias de ombros, mas de um modo geral todos eles foram uma boa experiência para as mulheres/família e para mim. Apenas de referir que o parto mais difícil emocionalmente que realizei foi o de um feticídio por mal-formações e sobre o qual fiz um diário de aprendizagem (Apêndice V).

Para além dos partos eutócicos assisti ainda a 7 partos distócicos por ventosa, de mulheres que estavam ao meu cuidado e que por exaustão materna, esforços expulsivos ineficazes ou não progressão da cabeça fetal no canal vaginal necessitaram de ser instrumentalizados, aguçando a minha percepção de quando deveria chamar a ajuda do médico. No entanto houve um parto por ventosa que me marcou especialmente, devido à dificuldade de extracção do feto tendo havido posteriormente necessidade de reanimar o RN, e sobre o qual realizei também um diário de aprendizagem (Apêndice VI).

É esperado e fundamental que o estudante da especialidade adquira conhecimentos e técnicas que constituem os pilares dos cuidados de qualidade, tendo em conta as várias vertentes da mulher/grávida/RN/família. Deste modo desenvolvi e aprofundei as competências técnico-científicas e relacionais no âmbito da condução e realização do parto de forma segura, dominando situações de emergência no sentido de maximizar a saúde da mulher e do RN.

3.3. Cuidar do RN/Família

Outro dos objectivos do meu estágio era “Prestar cuidados ao RN/família, em âmbito de BP e UCEN”.

No âmbito de BP, prestei cuidados imediatos a vários RN, quer nascidos de parto eutócico quer distócico, fazendo de imediato uma observação sistemática do RN, avaliando a necessidade de aspiração das vias aéreas, o índice de apgar, administrando a Vitamina K para prevenir a doença hemorrágica do RN e promovendo a relação precoce da díade/tríade/família assim que possível. Houve ainda oportunidade de colocar algumas díades em contacto pele a pele, independentemente do tipo de parto e de quem o realizou.

Nas primeiras horas de vida o RN era “vigiado” com algum cuidado: a coloração da pele, a frequência respiratória, o tônus muscular e a sua vitalidade eram sinais aos quais estava sempre alerta de modo a identificar alguma alteração.

Neste período de alerta e disponibilidade quer dos pais quer do RN em se conhecerem mutuamente eu tentava interferir o mínimo possível, excepto se o RN demonstrasse interesse na mama, e a mãe o desejasse, eu ajudava-a nas primeiras mamadas. Assim que verificava que mãe e RN se encontravam confortáveis deixava a sala de partos, nunca sem antes frisar que sempre que necessitasse me poderia chamar através da campainha.

No decorrer do EC realizei 5 turnos na UCEN do HPPCascals. Durante esse tempo tive oportunidade de realizar uma observação participada dos cuidados de Enfermagem a RN com necessidades de cuidados especiais.

Mesmo havendo condições técnicas e humanas necessárias na UCEN para receber qualquer tipo de RN, o hospital apenas aceita, para parir, mulheres com mais de 32 semanas de gestação.

Durante o tempo que lá estive a maioria dos RN encontravam-se internados para autonomia alimentar, resolução de casos sociais ou tratamento da hiperbilirrubinémia, havendo pontualmente casos de cardiopatias, desidratação e dificuldade respiratória, com necessidade de ventilação não invasiva.

Um factor que me apercebi desde cedo foi a paixão, empenho e dedicação dos profissionais que lá trabalham tendo-me focado numa situação específica que descrevo num Diário de Aprendizagem (Apêndice VII).

Pude também verificar que mesmo as mães não estando 24 horas com o seu bebé, são incentivadas a manter o aleitamento materno, havendo disponíveis bombas eléctricas de extracção de leite e uma copa de leites que prepara os biberões de modo a não haver desperdícios ou possíveis contaminações.

Foi para mim importante ter tido oportunidade de passar pela UCEN, deste modo consegui obter uma visão mais abrangente dos cuidados de Enfermagem ao RN, que me irão ajudar na prestação de cuidados às mães que estão separadas dos seus filhos por necessidade de internamento em UCEN.

3.4. Promover o Aleitamento Materno e o Contacto Pele a Pele

Outro dos objectivos do meu EC era “Prestar cuidados à mulher e RN, inseridos na família e comunidade, durante o período pós-natal, promovendo o aleitamento materno e o contacto pele a pele, detectando precocemente eventuais dificuldades e actuando em conformidade, em âmbito de BP e UOG”.

Desde o início do EC, juntamente com o enfermeiro orientador, resolvi ter uma reunião com a Enf.^a Chefe do serviço, de modo a expor quais as actividades que gostaria de desenvolver de modo a atingir os meus objectivos. Desta discussão houve um reconhecimento da importância da temática escolhida quer para os cuidados de Enfermagem quer para o serviço, obtendo deste modo o aval para aplicar um instrumento de colheita de dados (Apêndice III) às mulheres e que posteriormente, a pedido da Enf.^a Chefe, culminaria na realização de uma norma de procedimento em Enfermagem (Apêndice VIII). Posteriormente ainda houve espaço para mais 3 reuniões para aferir pormenores nomeadamente referentes à norma de procedimento.

De modo a facilitar a leitura deste ponto será feita uma divisão entre consolidação de conhecimentos técnico-científicos, sensibilização da mulher/casal para a importância do aleitamento materno e a análise da influência da promoção do aleitamento materno e o contacto pele a pele após o nascimento na adaptação do RN à mama.

3.4.1. Consolidação de Conhecimentos Técnico-Científicos

Para atingir este objectivo apoiei-me na metodologia da revisão sistemática da literatura (RSL) sobre a promoção do aleitamento materno e o contacto pele a pele, permitindo-me deste modo desenvolver o pensamento crítico sobre o mesmo, aumentar os meus conhecimentos com base na evidência científica já existente, identificar factores positivos e negativos que influenciam o aleitamento materno, aguçando de algum modo o meu espírito para a importância e pertinência da investigação no avançar da profissão de Enfermagem. Deste modo adquiri mais agilidade de pensamento reconhecendo rapidamente quais os *stressores* identificados pela mulher e por mim, enfermeiro, de modo a actuar aos 3 níveis de prevenção.

A RSL é um processo de investigação científica que permite a sintetização de evidências para a tomada de decisão na prática de uma ciência. Este processo permite a identificação de estudos publicados com qualidade metodológica superior, sobre determinado fenómeno, (Berwanger, *et al*, 2007), cujos resultados podem ser utilizados na prática de Enfermagem, gerando desta forma uma nova perspectiva sobre o conhecimento científico já existente.

Como processo rigoroso e sistemático a RSL tem de ter por base uma questão de investigação estruturada (PICOD). Para o presente trabalho defini a priori a seguinte questão: “O contacto pele a pele (intervenção) entre mãe e RN (participantes) após o nascimento facilita a pega do RN à mama e promove o aleitamento materno (outcomes)?”

Numa fase inicial tive necessidade de realizar alguma pesquisa bibliográfica dentro da temática do aleitamento materno de modo a compreender quais os estudos já existentes sobre este assunto e mais especificamente qual o interesse da temática, quer para a prática de Enfermagem, quer para a minha prática profissional enquanto futura especialista em saúde materna e obstetrícia.

Surgiu-me então, após uma pesquisa preliminar, a importância do contacto pele a pele após o nascimento e a sua influência no aleitamento materno.

Para realizar a pesquisa necessária recorri aos seguintes descritores em português e inglês: amamentação/breastfeeding, contacto pele a pele/skin to skin contact, duração da amamentação/breastfeeding duration, pega/latch-on/attachment.

Desta pesquisa emergiram 45 estudos que cumpriam os seguintes critérios de inclusão: estudos quantitativos e qualitativos, publicados há menos de 10 anos, escritos na língua portuguesa ou inglesa, realizados a nível mundial e que incentivem o contacto pele a pele.

Estes estudos foram obtidos através das plataformas de pesquisa online: Biblioteca do conhecimento (b-on), EBSCO Host, ISI Web of Knowledge, Medline with full text, Biblioteca Cocharane, Google académico, MedEscape, Wiley Online Library e ProQuest.

De modo a reduzir o número de estudos importantes face à questão resolvi, dos estudos encontrados, estabelecer alguns critérios de exclusão, são eles:

- Participantes com menos de 18 anos e mais de 40, pois a gravidez na adolescência e no final da idade fértil possui particularidades que podem influenciar a manutenção do aleitamento materno;
- Mulheres que tenham decidido não amamentar, pois a utente tem o direito à auto-determinação, o enfermeiro apenas tem o dever de confirmar se a decisão foi consciente e informada e respeitá-la;
- Gravidezes pré-termo (< 37 semanas de gestação), pois o RN prematuro além de necessitar de cuidados e vigilância especial possui reflexos de sucção e deglutição ainda pouco coordenados e vigorosos;
- RN com patologias congénitas, que podem comprometer a amamentação, além de poder haver necessidade de internamento na UCEN;
- TP com complicações pois, por si só, pode introduzir variáveis que dificultam ou impossibilitam a mulher de amamentar e consequentemente podem ter impacto no RN traduzindo-se numa diminuição da vigorosidade dos reflexos;
- RN com índice de apgar < 7 ao 5º minuto, nestas situações incluem-se os RN que se podem apresentar hipotónicos ou com necessidade de reanimação cardio-pulmonar dado que os seus reflexos e disponibilidade para mamar estarão também alterados;
- RN leve ou grande para a idade gestacional pois estes RN necessitam de uma vigilância da glicemia e podem necessitar de introduzir precocemente suplemento de leite adaptado.

Tendo em conta os critérios descritos anteriormente obtive 5 artigos de interesse, que estão dispostos numa tabela no Apêndice II, tendo servido de base para o quadro conceptual apresentado no ponto 2.2.1 e que serão analisados e discutidos no sub-ponto seguinte.

Após um conhecimento mais profundo sobre a temática em questão houve uma maior facilidade na minha tomada de decisão e modo actuação, promovendo e mantendo o aleitamento materno e demonstrando uma maior segurança no esclarecimento de dúvidas das famílias que se encontraram ao meu cuidado. Permitiu-me também uma orientação mais correcta e direccionada para cada díade/tríade com vista à promoção e manutenção do aleitamento materno.

Com o aprofundar dos conhecimentos fui evoluindo enquanto conselheira em aleitamento materno compreendendo qual o sentimento das mulheres e ajudando-as nas suas decisões com recurso às habilidades de ouvir e aprender (OMS, *et al*, 1993).

3.4.2. Compreender qual a Importância e Expectativas da Mulher/Casal face ao Aleitamento Materno

Desde o acolhimento, nas diversas abordagens com a mulher, tentava explorar qual a sua intenção sobre como alimentar o seu bebé, quais os seus conhecimentos e do acompanhante sobre o aleitamento materno e qual a fonte de tais informações. Assim, era-me permitido fazer uma avaliação precoce sobre estratégias pertinentes de educação para a saúde a realizar aquela mulher/família de modo a aumentar os seus conhecimentos.

Sempre que se verificasse necessário era realizada educação para a saúde de forma individualizada, tomando por base os conhecimentos que a mulher/família dispunha a mulher/família, era demonstrada disponibilidade para esclarecer dúvidas, e no fim era validada a informação com a mulher/família de modo a compreender a sua apreensão sobre a temática abordada.

Durante as abordagens à mulher, com recurso às habilidades de ouvir e aprender (OMS, *et al*, 1993), fui aprofundando a minha capacidade de utilização de comunicação não verbal útil e evoluindo. Fiz perguntas abertas de modo a obter respostas mais abrangentes deixando espaço para que a mulher pudesse falar das suas experiências

e dúvidas, usei gestos e respostas que demonstrassem interesse de modo a manter uma postura disponível, demonstrei empatia perante os sentimentos que a mulher referenciava, quando ela me fazia uma pergunta eu devolvia-lha com palavras minhas para tentar compreender qual a sua opinião e evitei palavras que pudessem soar a julgamento tentando sempre dar apoio e desenvolver a confiança da mulher.

Após o nascimento do RN e depois de já ter explorado as experiências, dúvidas e receios, da mulher /casal, acerca do aleitamento materno, todas as mulheres que desejavam amamentar, e que estavam ao meu cuidado, fizeram-no dentro das primeiras 2 horas de vida, e os RN evidenciavam uma “pega” à mama correcta, tendo considerado a mamada eficaz. Durante o EC nenhuma mulher me referenciou ou demonstrou não querer amamentar.

3.4.3. Análise da Influência da Promoção do Aleitamento Materno e o Contacto Pele a Pele após o Nascimento na Adaptação do RN à Mama

Com o objectivo de analisar a influência do contacto pele a pele, após o nascimento, na adaptação do RN à mama e promoção do aleitamento materno, desenvolvi diversas actividades.

Durante o TP a mulher era incentivada a ter um acompanhante consigo, se esta assim o desejasse. Este apoio revelou-se um *stressor* positivo em praticamente todos os partos que realizei, não só como elemento promotor do conforto da mulher mas também como participante activo durante o aleitamento materno.

Principalmente quando eram os pais a assistir ao parto estes demonstrava sempre interesse na técnica da amamentação, nas informações que lhes ia fornecendo e na demonstração de como o RN devia realizar a “pega” à mama. Era extremamente gratificante para mim verificar tamanho interesse não só da parte da mulher mas também da parte do pai da criança.

Um dos cuidados que a equipa de enfermagem promove às mulheres/família é, que após as procedimentos protocolados (limpar, aspirar se necessário, pesar, vestir, administrar vitamina K, identificar o RN), a relação precoce da díade/tríade seja estabelecida, colocando o bebé vestido e envolto em mantas nos braços dos pais, para que neste período “sensível” estes iniciem o seu processo de descoberta e vinculação.

No entanto, no início do EC, era difícil obter a colaboração dos profissionais, principalmente dos enfermeiros generalistas que, assim que o cordão umbilical era cortado, tinham logo o “impulso” de levar o RN para a mesa e limpar, vestir, pesar e administrar-lhe a vitamina K, por vezes antes sequer da mãe ter olhado para o seu filho. Houve também alguma relutância em que o RN ficasse nu, sobre o peito materno e, em conversas informais, procurei averiguar qual a razão, identificada pelos profissionais, para evitarem o contacto pele a pele, sendo que a mais frequentemente apontada era a instabilidade térmica do RN.

Perante os estudos consultados, constatei que a temperatura materna e cobrir a mãe e o RN com uma manta era suficiente para manter estável a temperatura do RN, no entanto, tive de desenvolver estratégias que facilitassem a colaboração da equipa.

Com alguma antecedência, colocava o pano, onde o RN era recebido, bem como uma manta, a aquecer previamente. Logo após o nascimento, caso a mulher tivesse expressado vontade e estivesse disponível, estabelecia o contacto pele a pele com o seu bebé e os enfermeiros então começaram a demonstrar disponibilidade para promover esse contacto.

Poucos são os enfermeiros, quer especialistas quer generalistas, que estão atentos à importância deste cuidado, quer na promoção da amamentação, na reorganização do RN, na manutenção da temperatura corporal do mesmo ou na promoção da vinculação precoce.

Com o avançar do EC a atitudes dos profissionais foi-se modificando e já era com maior facilidade que esse contacto era proporcionado, ainda assim nunca foi possível mantê-lo por mais de 15 minutos.

Durante o 4º estadio do TP fiz questão que, caso a mulher o desejasse, fosse eu a ajudá-la a colocar o seu bebé à mama. Fiz educação para a saúde individualizada partindo das suas experiências anteriores, nos casos de múltiparas, dos seus conhecimentos prévios com vista a potenciar o aumento dos mesmos. Abordava temáticas como horário das mamadas, posicionamento, iniciar a mamada, sinais de “boa pega”, como manter a lactação, estimulação do RN, choro do RN e cuidados aos mamilos.

Como já referi realizei também uma norma de procedimento de Enfermagem, intitulada “Alimentação por Leite Materno” (Apêndice VIII) que posteriormente foi apresentada em

serviço, após alterações sugeridas pela Enf.^a Chefe e pelo Enf.^o Orientador. Deste modo pretendi sensibilizar a equipa de enfermagem para determinados procedimentos que podem conduzir a uma aumento da taxa de incidência e prevalência do aleitamento materno, entre eles o contacto pele a pele e a colocação do RN a mamar na 1^a hora de vida ou assim que este demonstre disponibilidade.

Foi com alguma tristeza que apresentei a norma (Apêndice IX) apenas para 4 profissionais (Enf.^o Coordenador, Enf.^a Chefe, Enf.^o orientador da ESEL e Enf.^o orientador local), no entanto obtive bastante receptividade e interesse do Enf.^o Coordenador e da Enf.^a Chefe, tendo esta sido enviada por e-mail, após me terem sido sugeridas algumas modificações.

Fiquei com a ideia que a temática era pertinente e interessante para o serviço e que a norma iria ser aplicada no mesmo, no entanto, o meu estágio terminou antes que esta fosse aprovada e implementada.

Ainda em ensino clínico, após autorização da Enf.^a Chefe do serviço, resolvi aplicar o instrumento de colheita de dados a mulheres puérperas (Apêndice III) com o objectivo de analisar a importância da promoção do contacto pele a pele, quer na eficácia da “pega”, quer na duração da amamentação.

No entanto, com vista a realizar uma colheita de dados que se aproximasse o mais possível dos estudos consultados por mim e que serviram de base para o enquadramento teórico, estabeleci alguns critérios de modo a restringir o número de mulheres a quem aplicaria o instrumento realizado.

Assim, escolhi mulheres que estivesse ao meu cuidado durante pelo menos os 3 últimos estadios do TP, que quisessem estabelecer contacto pele a pele, desejassem amamentar, com gravidez de termo, cujo TP tenha decorrido sem complicações, e os RN fossem saudáveis, com índice de apgar superior a 7 ao 5^o minuto e com peso adequado à idade gestacional. Além destes critérios, acho também importante referenciar que, como preconizado pelo HPPCascas, as mães e RN permaneceram em alojamento conjunto e mantiveram amamentação em horário livre, pois existem vários estudos que apontam para estes dois factores como de grande importância para a manutenção da amamentação, nomeadamente Bystrova, *et al* (2007) e Chaparro & Lutter (2009).

Com vista a compreender se o que os resultados dos estudos referidos no ponto 2 se poderiam aplicar à prática de Enfermagem vivenciada por mim selecionei 6 mulheres/tríades às quais prestei cuidados durante os 4 estádios do TP para aplicar o instrumento (Apêndice III).

Todas elas sabiam que eu era Estudante da Especialidade e foram informadas da intenção da colheita de dados e que numa fase posterior seriam contactadas, por mim, telefonicamente, salvaguardando assim o 8º direito do doente internado que refere “O doente internado tem direito a dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer acto clínico ou participação em investigação ou ensino” (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005: 397).

Não foi assinado qualquer consentimento informado, este foi fornecido verbalmente, sendo reforçadas as ideias que a participação da mulher em nada influenciaria os cuidados prestados, quer à própria, quer ao RN, e que poderia desistir da participação em qualquer altura. Deste modo garanti o respeito pelo dever da informação descrito no artigo 84º do Código Deontológico do Enfermeiro (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005).

Também durante a apresentação dos resultados neste relatório serão referidos nomes fictícios de modo a proteger a identidade das mulheres e RN com vista a respeitar “o direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam” como refere o 9º direito do doente internado em concomitância com o dever de sigilo descrito no artigo 85º do Código Deontológico do Enfermeiro (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005).

Após a obtenção do consentimento das mulheres e através da minha observação e análise da partilha de informação que as mulheres foram estabelecendo comigo, apliquei o instrumento de colheita de dados para avaliar a eficácia da “pega” e da mamada.

Este instrumento foi construído com base no formulário de observação da mamada do Curso de Conselheiras em Aleitamento Materno (Anexo IV) que permitiu uma sistematização do que era importante observar.

Posteriormente, cerca de 2 semanas após o nascimento, estabeleci contacto telefónico (*follow-up*) com as mulheres de modo a tentar compreender se mantinham a amamentação, exclusiva ou parcial, o estado dos mamilos, a evolução de peso do RN,

quais os factores que percepcionaram como positivos e negativos para a iniciação e manutenção do aleitamento materno e se tinham dúvidas que gostassem de esclarecer.

Relativamente aos dados obtidos destaco os seguintes (no Apêndice IV é feita uma análise mais pormenorizada desses dados):

- Dos partos que realizei seleccionei 6 mulheres/díades que cumpriam os critérios anteriormente. No entanto, a uma delas não foi possível realizar o contacto *follow-up*, após várias tentativas de contacto telefónico, ficando a aplicação do instrumento de colheita de dados reduzida a 5 mulheres.
- Duas são primíparas e 3 multíparas. Relativamente às experiências anteriores de aleitamento materno, das multíparas, uma amamentou durante 1 semana, duas amamentaram durante 6 meses exclusivamente, sendo que uma manteve a amamentação até 1 ano e meio de idade do filho.
- O contacto pele a pele foi proporcionado a todas as díades, no entanto a sua duração foi bastante curta, no máximo 15 minutos.
- As 5 mulheres tiveram um acompanhante durante o TP, sendo que todas elas escolheram como pessoa significativa o marido/namorado/companheiro.
- Todos os RN foram adaptados à mama dentro da 1ª hora de vida, apresentando reflexos vigorosos e uma boa “pega” tendo sido a 1ª mamada eficaz. O tempo médio da mamada foi de cerca de 13 minutos, com aparente satisfação dos mesmos. Os mamilos das mães após a mamada apresentavam-se proeminentes e íntegros nas 5 mulheres.

No que concerne à relação estabelecida entre a promoção do aleitamento materno e o contacto pele a pele esta não ficou muito clara. Como referem Almeida & Filho citando Righard & Alade, é recomendado que “(...) os RN sejam deixados nus sobre o abdómen da mãe, sem interrupção, até que tenham conseguido mamar pela primeira vez (...). O início precoce do aleitamento leva o RN a mamar correctamente mais cedo, possibilitando maior sucesso do mesmo” (2004:384).

Perante os estudos consultados e a colheita de dados que realizei durante o EC o contacto pele a pele, analisado individualmente, tem uma influência pouco significativa na duração do aleitamento materno exclusivo ou parcial. No entanto, praticamente

todos os estudos apontam para a importância do mesmo na activação do “*prefeeding behavior*”, em que o RN principia movimentos de procura e sucção de modo a iniciar a amamentação.

Verifica-se então uma relação directa entre o contacto pele a pele e uma mais rápida activação do “*prefeeding behavior*”, promovendo assim o início precoce da amamentação. Está comprovado que quanto mais o RN mamar maior a produção láctea materna, daí que o enfermeiro deve estar atento e promover o início precoce da amamentação assim que o RN demonstre interesse, mantendo a confiança e auto-estima das mães na sua capacidade de amamentar.

Passadas cerca de 2 semanas, foi realizado o contacto telefónico de *follow-up* para avaliar a situação do aleitamento materno e esclarecer dúvidas caso fosse necessário.

Embora o número de indivíduos seja bastante reduzido, independentemente das variáveis que possam influenciar a duração do aleitamento materno, 4 das mães mantém amamentação ao fim de 2 semanas, sendo que 3 amamentam exclusivamente.

Desta pequena colheita de dados que desenvolvi pode verificar-se um decréscimo acentuado da prevalência do aleitamento materno exclusivo e parcial, no momento da alta hospitalar. Como referem Marinho & Leal (2004) citando Levy (1994) analisando o panorama nacional observa-se um decréscimo acentuado desta prática logo após o 1 mês de vida do RN.

Em ambos os casos, quer a mulher que já não amamenta quer a que não amamenta exclusivamente, a principal razão para a introdução de leite adaptado no 2º dia de vida, foi a perda ponderal de peso do RN superior a 10%. No entanto, uma continua a amamentar e posteriormente fornece o suplemento de leite adaptado e outra deixou de amamentar por referir agalactia (ausência de secreção de leite materno).

Ainda assim, esta não é uma relação linear, pois como verificado anteriormente a prática do aleitamento materno depende de uma série de factores que contribuem ou dificultam o sucesso do aleitamento materno. Num estudo conduzido por Escobar, *et al*, (2002) parece que a escolaridade promove a duração do aleitamento materno em detrimento do regresso à actividade profissional, por exemplo.

Analisando o caso destas 5 mulheres mais aprofundadamente segundo o modelo de sistemas de Betty Neuman percebemos um pouco a complexidade que rodeia o tema do aleitamento materno. Defini então como sistema cliente a díade (mãe-filho).

Sabendo que este modelo apresenta como valores que os enfermeiros têm o dever de potenciar o máximo de estabilidade do sistema cliente, que não podem impor os seus julgamentos ao cliente e que a linha normal de defesa não é idêntica a todos os clientes creio que este é o modelo teórico que mais se enquadra na temática em estudo.

Para além disso o modelo de sistemas facilita a elaboração de diagnósticos de enfermagem tendo em conta as necessidades do cliente e os *stressores* identificados pelo cliente e/ou pelo enfermeiro que podem causar destabilização do próprio sistema.

Todas as díades que participaram no estudo são formadas por um núcleo, ou seja, são compostas por uma vertente fisiológica, psicológica, sócio-cultural, espiritual e de desenvolvimento individual (Pearson & Vaughan, 1992). No entanto, há alguns *stressores* positivos ou negativos identificados que acabam por ser comuns, e que são reconhecidos pelas mulheres como potenciadores ou dificultadores do aleitamento materno.

Assim sendo, organizei numa tabela os *stressores* segundo a sua origem (intra, inter e extrapessoais) identificados pelo sistema cliente (C) ou pelo enfermeiro (E), e segundo as suas vertentes (fisiológica, psicológica, sócio-cultural, espiritual e de desenvolvimento), classificando-os como positivos (+) ou negativos (-).

Origem /Vertentes	Intrapessoais	Interpessoais	Extrapessoais
Fisiológica	(+) Aumento ponderal de peso do RN em 2 semanas, referido por 3 mulheres – C e E; (-) Perda de peso superior a 10%, referido por 2 mulheres - C e E; (-) Problemas mamários tal como a maceração	(-) Introdução de leite adaptado logo na 1ª semana de vida, referido por 2 mulheres – E.	

	<p>dos mamilos, referido por 2 mulheres – C e E;</p> <p>(-) Dificuldade esporádica do RN em realizar a pega ficando muito irritado, referido por 1 mulher – C e E;</p> <p>(-) Percepção de menor produção láctea, referido por 2 mulheres – C.</p>		
Psicológica	<p>(+) Desejo em amamentar, referido por 5 mulheres - C e E;</p> <p>(-) Desconhecimento da situação e medo da dor, referido por 2 mulheres – C e E;</p> <p>(+) Promoção do contacto pele a pele durante o parto, proporcionado às 5 mulheres – E.</p>	<p>(+) Considerar o aleitamento materno como uma prática barata, referido por 1 mulher – C e E.</p>	<p>(+) Apoio dos profissionais de saúde, principalmente dos enfermeiros, até à alta hospitalar, referido pelas 5 mulheres – C e E;</p> <p>(-) Medo de discriminação e do não manterem o aleitamento materno após regressarem ao trabalho, relatado por 2 mulheres - C.</p>
Sócio- Cultural		<p>(+) Fornecimento do leite adaptado pela técnica do copinho, adoptada por 1 mulher – E;</p> <p>(-) Praticidade do leite em pó, expressa por 1 mulher – E.</p>	<p>(+) Suporte familiar, referido pelas 5 mulheres – C e E;</p> <p>(+) Presença do companheiro durante o TP, referido pelas 5 mulheres – C e E;</p> <p>(+) Partilha de experiências com familiares próximos,</p>

			referido por 1 mulher – C e E.
Espiritual			
Desenvolvimento	(+) Informação prévia sobre as vantagens do aleitamento materno, referido pelas 5 mulheres – C e E; (+ e -) Experiências anteriores de aleitamento materno, no caso das múltiparas, referindo como <i>stressor</i> + no caso de 2 mulheres e como <i>stressor</i> – no caso de 1 mulher – C e E.		(+) Frequência do CPPP, referido por 2 mulheres – C e E.

Tabela 1 – Distribuição dos stressores identificados pelas mulheres segundo a origem e a vertente

Desta tabela posso concluir que, para estas 5 mulheres que participaram na colheita de dados, os *stressores* positivos extra-pessoais mais referenciados são o apoio de um acompanhante durante o TP, informações prévias sobre aleitamento materno adquiridas quer no curso de preparação para a parentalidade quer por experiências anteriores, no caso de múltiparas, e o apoio dos profissionais de saúde. Deste modo torna-se evidente a importância que as mães atribuem à presença e apoio dos enfermeiros, reconhecendo-os como uma peça fundamental na promoção do aleitamento materno.

Os *stressores* negativos mais referenciados pelas mulheres foram a perda de peso do RN superior a 10% que motivou a introdução precoce de leite adaptado, problemas mamários, nomeadamente a maceração dos mamilos e a percepção da própria mulher de menor produção láctea. Esta percepção da mulher, de leite insuficiente ou leite fraco, vem também evidenciada na literatura, sendo um dos motivos mais alegado, pelas mães, para o desmame precoce, demonstrando o desconhecimento e insegurança vivenciado pelas lactantes (Escobar, *et al*, 2002).

Surpreendentemente nenhuma das mulheres me referenciou o contacto pele a pele como um *stressor*, poder-se-á eventualmente deduzir que, estas mulheres ainda não estão sensibilizadas para a importância deste cuidado nem para os seus benefícios, não o identificando como um cuidado essencial ao seu bem-estar e ao do RN.

Deste modo este 3º objectivo permitiu-me sensibilizar mulher/família e profissionais para a importância do contacto pele a pele, aumentando a disponibilidade da mulher para o cuidar do seu bebé e consequentemente para o aleitamento materno. Possibilitou-me também desenvolver a minha capacidade relacional, criando uma relação de confiança que facilitasse à mulher/família a expressão dos seus desejos, na tentativa de proporcionar que os primeiros momentos fossem de partilha e de conhecimento entre pais e filho.

4. Considerações finais

O meu processo de aprendizagem, enquanto estudante da especialidade em saúde materna e obstetrícia, iniciou-se há cerca de 2 anos na tentativa de adquirir e desenvolver competências que me permitissem atingir o estado de enfermeira competente, segundo o modelo de Benner, nomeadamente na área da saúde materna, obstétrica e ginecológica.

Este trabalho não pretende ser um pilar na prática de cuidados de Enfermagem, mas sim uma análise fundamentada e reflexiva sobre a minha prática de cuidados enquanto estudante da especialidade, bem como sobre o meu desenvolvimento de competências, e que me sirva de suporte à mudança de comportamentos e atitudes, de modo a facilitar a minha compreensão do utente como um todo, integrado numa sociedade e cultura que influenciam os seus comportamentos de saúde.

Da reflexão sobre as minhas inquietações e dificuldades enquanto profissional, optei por aprofundar conhecimentos sobre a temática do aleitamento materno, na tentativa de compreender qual o efeito do contacto precoce pele a pele, entre a díade, na “pega” do RN à mama, bem como a sua influência na manutenção da amamentação.

A pertinência desta questão surgiu da minha observação em BP durante o EC, onde raramente esta prática era observada, bem como da necessidade de responder às solicitações, dúvidas e dificuldades das puérperas durante o meu exercício profissional.

De modo a aprofundar a minha visão sobre o que as mulheres consideram fundamental para o sucesso do aleitamento materno, e tendo como base o modelo de sistemas de Betty Neuman, tentei enfatizar a relevância de algumas variáveis que cada sistema cliente me referiu como importantes, quer na sua decisão de amamentar quer na manutenção do aleitamento materno, enriquecendo a minha experiência durante o EC.

A relevância dada ao contacto pele a pele já vem desde 1979, num estudo conduzido por Thomson, Hardsock & Lason na tentativa de compreender qual o seu efeito no aleitamento materno. Compreendi que esta prática se torna mais importante no estabelecimento da relação precoce da díade/tríade, na estabilização do RN e na activação do “*prefeeding behavior*” que, por sua vez, condiciona a “pega” do RN à mama e a eficácia da mamada, podendo conduzir ao sucesso do aleitamento materno.

De facto após a análise do trabalho realizado ao longo destas 20 semanas a evidência da relação entre o contacto precoce pele a pele e a duração do aleitamento materno é pouco visível e as limitações dos estudos encontrados tornam difícil a transposição de resultados para a realidade de Portugal. No entanto, existe alguma coerência entre os estudos, no sentido de que este contacto pode facilitar a “pega” do RN à mama e promover a iniciação dos reflexos e consequentemente da eficácia da mamada.

No entanto, o meu percurso de aprendizagem nem sempre foi fácil ou linear, houve algumas limitações à aprendizagem que considero importantes e, que de algum modo condicionaram o desenrolar do meu desenvolvimento. Uma das limitações foi o facto de ter encontrado pouca bibliografia e poucos estudos divulgados, principalmente a nível nacional, sobre a promoção do aleitamento materno e o contacto pele a pele.

Também durante o EC, houve alguma relutância em obter a colaboração da equipa de enfermagem principalmente dos enfermeiros generalistas para estabelecer o contacto pele a pele entre mãe e filho. A pouco e pouco fui desenvolvendo estratégias, junto dos profissionais, para a ultrapassar esta dificuldade. Compreendi que evitar a perda de calor do RN era fundamental na actuação dos enfermeiros e daí a sua renitência em manter o RN mais que 15 minutos nu em cima do abdómen da mãe, mesmo que devidamente resguardados com um cobertor.

Apesar dos vários progressos, que fui atingindo ao longo do EC, considero como limitação de aprendizagem *major* o facto de os RN nunca terem sido deixados mais que 15 minutos em contacto pele a pele com a mãe, embora tenham sido adoptadas, como referi, várias estratégias de modo a sensibilizar a equipa para esse facto.

Também o facto das mulheres/companheiros/família não estarem despertos para este tipo de contacto íntimo e desconhecendo quais as suas vantagens e benefícios, parece-me que de algum modo desvirtuam este tipo de cuidado. Pela colheita de dados que realizei, e apesar de todas elas terem estado em contacto pele a pele com o seu filho, ainda que por pouco tempo, nenhuma o valorizou ou considerou um *stressor* positivo.

Um dos meus desejos era ter tido possibilidade de visitar as mulheres a quem realizei o parto ao serviço de internamento, não só de forma a manter uma continuidade de

cuidados mas também de modo a perceber quais as suas dificuldades a nível da amamentação e realizar educação para a saúde, caso se verificasse necessário. No entanto, a exigência do EC para desenvolver competências, no âmbito do TP, tornou difícil o cumprimento deste meu desejo. Por vezes, ainda consegui dirigir-me ao serviço de internamento, mas o tempo que podia despendar, devido às minhas actividades no serviço de BP e UOG, era relativamente curto para conseguir avaliar uma nova mamada e transmitir ou validar informações pertinentes.

Durante as 20 semanas de EC tive de implementar actividades, adquirir e desenvolver competências e simultaneamente redigir este relatório que, dada a sua complexidade e dedicação, exigiu muito tempo e disponibilidade, tornando-se para mim num factor de ansiedade cumprir com os *timing* impostos quer pela escola quer por mim própria.

Por fim a conjugação de 40 horas de trabalho semanais, com as 35 horas semanais de EC e ainda a vida familiar foi um dos maiores desafios a que estive sujeita na minha vida. Este desequilíbrio causou algumas alterações nos meus hábitos de vida e na minha disponibilidade para estar com a minha família, revelando-se uma “prova de fogo” às minhas capacidades, dedicação e motivação que consegui superar com sucesso.

De uma maneira ou de outra todos estes factores, directa ou indirectamente, foram considerados por mim como dificultadores da minha aprendizagem, no entanto, tenho de reconhecer que por vezes para evoluirmos necessitamos de ter algo que nos estimule. Considero então que o meu percurso, tendo em conta os *stressores* positivos e negativos, foi bastante rico em experiências que me proporcionaram um crescimento tanto pessoal como profissional.

Ainda assim, perante as dificuldades e limitações com que me fui deparando ao longo do EC consegui desenvolver as competências de especialista em saúde materna e obstetrícia preconizadas no guia orientador de “Estágio com Relatório” elaborado pela ESEL (Anexo I) e atingir os objectivos definidos na folha de avaliação da Unidade Curricular (Apêndice I), aprofundando a competência sobre o desenvolvimento de processos de educação em saúde ao indivíduo/família e a prestação de cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o TP, tendo sentido um crescimento exponencial.

Segundo o modelo de Benner, relativo ao nível de competências desenvolvidas, poderei considerar que evolui do estadio de iniciada avançada, nomeadamente na prestação de cuidados à mulher durante os primeiros 3 estadios do TP (1º estadio – dilatação, 2º estadio – período expulsivo, 3º estadio – dequitação e 4º estadio – puerpério imediato) e considerar-me a um nível de competente, mas tendo a plena consciência da minha necessidade de aprofundar as competências adquiridas ao longo da minha vida profissional.

Como refere Benner (2001) a enfermeira torna-se competente quando toma consciência dos seus actos em termos objectivos, isto é, quando compreende quais os aspectos importantes e os que podem ser ignorados perante determinada situação, gerindo o seu tempo em função dos cuidados a prestar.

Relativamente ao 4º estadio do TP, devido à minha experiência enquanto profissional, posso considerar que evolui de um nível de competente a proficiente, mantendo no entanto a minha ambição de atingir posteriormente o nível de perito.

No futuro que se avizinha espero conseguir desenvolver a minha actividade profissional em BP, pois é onde sinto que necessito de continuar a trabalhar e a aprofundar as competências que fui adquirindo ao longo do curso.

Esta consciencialização da minha necessidade de aprofundar e “(...) aplicar os (...) conhecimentos e a (...) capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas (...), em contextos alargados e multidisciplinares”, bem como “lidar com questões complexas, desenvolver soluções (...), incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções (...) ou os condicionem” (Decreto-Lei Nº 74/2006:2246), permitir-me-á continuar a procurar desenvolver e aprofundar competências pelo resto da minha vida.

Acredito então que o meu percurso não ficou por aqui, existem ainda várias formações dentro da área da saúde materna, obstetrícia e ginecologia que me permitirão alargar o meu corpo de conhecimentos, e deste modo proporcionar às mulheres/companheiros/famílias cuidados de Enfermagem de excelência e qualidade.

A área do aleitamento materno continua a apaixonar-me, e o apoio que presto às lactantes considero fundamental para que estas se sintam confiantes na sua capacidade de amamentar e consigam manter esta prática durante mais tempo.

Espero futuramente desenvolver um trabalho de investigação nesta área que tanto me entusiasma, de modo a minimizar a limitação descrita anteriormente sobre o reduzido número de artigos divulgados, nomeadamente a nível de Portugal. Seria interessante conseguir desenvolver um estudo longitudinal, de duração igual ou superior a 2 anos, sobre quais os factores referidos pelas mulheres para o desmame precoce para que mais facilmente actuasse sobre eles, avaliar qual o impacto do regresso ao trabalho na manutenção da amamentação ou mesmo verificar se o tipo de parto (eutócico ou distócico, quer via vaginal ou abdominal) tem influência na duração da amamentação.

A área da saúde materna e obstetrícia fascina-me a cada passo que dou e o aleitamento materno apresenta-se-me como uma forma, por vezes incompreendida, de dar amor ao filho, pelas dificuldades que presencio diariamente, pelas lágrimas que vejo derramadas e pelas metas preconizadas que não são atingidas pelas mais variadas razões.

É indiscutível a importância do enfermeiro, principalmente do EESMO, que acompanha a mulher desde o período pré-concepcional até ao puerpério. O enfermeiro tem então uma posição privilegiada no aconselhamento, promoção e manutenção do aleitamento materno, podendo intervir aos 3 níveis de prevenção, como preconizado pelo modelo de sistemas de Betty Neuman.

Talvez seja demasiado ambicioso querer intervir ou sequer ter conhecimento de tudo o que envolve a prática do aleitamento materno, mas uma coisa é certa se começar por mim e pelos colegas que comigo lutam diariamente para fazer acontecer o milagre da vida, com esforço e dedicação conseguiremos mudar algumas práticas que se encontram já enraizadas nas nossas instituições.

Transmitir também às mulheres uma mensagem de respeito e apoio constante é fundamental para a credibilização da nossa actuação nesta área, pois se comunicarmos com o outro numa linguagem de amor, dedicação e paixão, teremos sucesso não só na área do aleitamento materno mas na saúde em geral. Apenas deste modo conseguiremos atingir as metas preconizadas pela OMS e pela UNICEF, apoiando-nos na educação das mulheres/família e destruindo barreiras à implementação de uma nova geração de cuidados de Enfermagem centrado no utente.

A título conclusivo gostaria de deixar esta citação do European Commission *et al* (2004:9) que ilustra de modo notório tudo o que foi falado ao longo deste relatório.

“Se fosse disponibilizada uma nova vacina que pudesse prevenir a morte de um milhão de crianças ou mais por ano e que, além disso, fosse barata, segura, de administração oral e não exigisse uma cadeia de frio, esta tornar-se-ia numa prioridade imediata para a saúde pública. A amamentação pode fazer tudo isto e mais ainda, mas precisa da sua própria “cadeia quente” de apoios – ou seja, cuidados profissionalizados que permitam às mães ganhar confiança e lhes mostrem o que fazer e as protejam de más práticas. Se, na nossa cultura, esta cadeia quente se perdeu ou apresenta falhas, devemos corrigi-la através dos serviços de saúde.”

Bibliografia

- ALMEIDA, E.; FILHO J. (2004) – O Contacto Precoce Mãe-Filho e a sua Contribuição no Sucesso do Aleitamento Materno. **Revista Ciências Médicas**, Nº13, Vol.4. Out./Dez. 2004, pág. 381 – 388. Campinas. Acedido a 15/06/2011, disponível em <http://www.puc-campinas.edu.br/centros/ccv/revcienciasmedicas/artigos/833.pdf>.
- ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE. **Porquê são tão importantes os profissionais de saúde.** Acedido em 09/05/2011, disponível em <http://www.amamentar.net/ProfissionaisdeSaúde/Papeldosprofissionaisdesaúde/tabid/426/Default.aspx>.
- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS OBSTETRAS (2009) – **Iniciativa Parto Normal. Documento de Consenso.** Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-49-3.
- BENNER, P. (2001) – **De Iniciado a Perito Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem.** Quarteto Editora. ISBN: 972-8535-97-X.
- BERWANGER, O.; SUZUMURA, E.; BUEHLER, A.; OLIVEIRA, J. (2007) – Como Avaliar Criticamente Revisões Sistemáticas e Metanálises. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, Vol. 19, Nº 4, Oct/Dez. São Paulo. ISSN 0103-507X. Acedido a 06/06/2011, disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2007000400012.
- BOLANDER, V. (1998) – **Sorensen & Lucuckmann Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica.** 1ª Edição. Lisboa: Lusodidacta. ISBN 976-4563-45-7.
- BYSTROVA, K.; *et al* (2007) - Early Lactation Performance in Primiparous and Multiparous Women in Relation to Different Maternity Home Practices. A Randomised Trial in St. Petersburg. **International Breastfeeding Journal**. Acedido a 06/06/2011, disponível em <http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/2/1/9>.
- CHAPARRO, C.; LUTTER, C. (2009) - Incorporating nutrition into delivery care: delivery care practices that affect child nutrition and maternal health. **Maternal and Child Nutrition**, pág. 322 – 333. Acedido a 08/06/2011, disponível em <https://vpn.esel.pt/http/0/ehis.ebscohost.com/ehost/detail?sid=01e216c3-4f97-4fbea446-a725ba5f1169%40sessionmgr113&vid=1&hid=115&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=a9h&AN=44015839>.

- CHAVES, R., LAMOUNIER, J., CÉSAR, C. (2007) – Factors Associated With Duration of Breastfeeding. **Jornal de Pediatria**, Vol. 83, Nº 3, pág. 241 – 246. Sociedade Brasileira de Pediatria. ISSN: 0021-7557/07/83-03/241. Acedido a 06/06/2011, disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S002175572007000400009&script=sci_arttext&lng=pt.
- COLLIÉRE, M. (2001) – **Cuidar ... A Primeira Arte da Vida**. 2ª Edição. Lisboa: Lusociência. ISBN:972-8383-53-3.
- CURRAN, G. (1995) – The Neuman Systems Model Revisited. In NEUMAN, B. – **The Neuman Systems Model**. 3ª Edição. USA: Appleton & Lange. Pág. 93-99. ISBN: 0-8385-6701-0.
- DECRETO-LEI Nº 74/2006. Diário da República, 1ª Série-A – Nº 60 – 24 de Março de 2006. Capítulo III, Artigo 15º. **Grau de Mestre**. Pág. 2246 – 2249. Acedido a 06/06/2011, disponível em http://alfa.fct.mctes.pt/apoios/bolsas/DL_74_2006.pdf.
- EKSTROM, A.; WINSTROM, A.; NISSEN, E.I (2003) – **Duration of Breastfeeding in Swedish Primiparous and Multiparous Women**. International Lactation Consultant Association. Acedido a 08/06/2011, disponível em https://www.his.se/PageFiles/9669/Duration_of_breastfeeding_Ekstrom_Nissen_Widstrom.pdf.
- ESCOBAR, A.; *et al* (2002) - Aleitamento Materno e Condições Socioeconômico-culturais: Fatores que levam ao Desmame Precoces. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Vol. 2, Nº 3, Set/Dez 2002. Recife. ISSN 1519-3829. Acedido a 06/06/2011, disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292002000300006&lng=pt&nrm=iso&lng=pt.
- EUROPEAN COMMISSION; IRCCS BURLO GAROFOLO TRIESTE; UNIT FOR HEALTH SERVICES RESEARCH AND INTERNATIONAL HEALTH, DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE; UNICEF (2004) – **Protecção, Promoção e Suporte ao Aleitamento Materno na Europa: Um Projecto em Acção**. Irlanda.
- GIUGLIANI, E. (2000) – Breastfeeding in Clinical Practice. **Jornal de Pediatria** Vol. 76 (Supl.3), sem paginação (s.p.). Rio de Janeiro. Acedido a 06/06/2011, disponível em http://www.jped.com.br/conteudo/00-76-S238/ing_print.htm.
- GUISE, J.; *et al* (2003) - The Effectiveness of Primary Care-Based Interventions to Promote Breastfeeding: Systematic Evidence Review and Meta-Analysis for the US

- Preventive Services Task Force. **Annals of Family Medicine**. Acedido a 07/06/2011, disponível em <http://www.medscape.com/viewarticle/459914>.
- INSTITUTO LAMAZE (2003) – **Prática de Atenção e Cuidados que Promovem o Parto Natural – Evitar Intervenções de Rotina**. Acedido a 04/07/2011, disponível em <http://www.lamaze.org/Portals/0/carepractices/Portuguese/4.pdf>.
 - INTERNACIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (2002) – **Essential Competencies For Basic Midwifery Practice**. Acedido a 16/06/2011, disponível em Http://Www.Internationalmidwives.Org/Portals/5/Documentation/Essential%20compsenglish_2002-Jf_2007%20final.Pdf.
 - KEISTER, D.; *et al* (2008) – Strategies for Breastfeeding Success. **American Family Physician**, Vol. 78, Nº 2, 15/07/2008, pág. 225 – 234. Acedido a 01/06/2011, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18697506>.
 - MANZINI, F.; PARADA, C.; JULIANI, C. – Aleitamento Materno na Sala de Partos: a Visão dos Profissionais de Saúde. **Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem**. São Paulo. Acedido a 06/06/2011, disponível em http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000052002000200024&script=sci_arttext&tlng=pt.
 - MARINHO, C.; LEAL, I. (2004) – Os Profissionais de Saúde e o Aleitamento Materno: Um estudo exploratório sobre as Atitudes de Médicos e Enfermeiros. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Vol. 5, Nº 1, pág. 93-105. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Acedido a 07/06/2011, disponível em http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S164500862004000100007&script=sci_pdf&tlng=pt.
 - McGRATH, S., KENNEL, J. (2002) - Extended Mother–Infant Skin-to-Skin Contact and Prospect of Breastfeeding. **Acta Paediatrica**. USA. Acedido a 07/06/2011, disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1651-2227.2002.tb02819.x/abstract>.
 - MIKIEL-KOSTYRA, K., MAZUR, J., BOLTUSZKO, I. (2002) - Effect of Early Skin-to-Skin Contact After Delivery on Duration of Breastfeeding: a Prospective Cohort Study. **Acta Paediatrica**, Vol. 91, pág. 1301 – 1306. Acedido a 04/06/2011, disponível em <https://vpn.esel.pt/http/0/ehis.ebscohost.com/ehost/detail?sid=fb55b421-12144ee6b4cae3e00c0b3479%40sessionmgr115&vid=1&hid=103&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtGjZlQ%3d%3d#db=mnh&AN=12578285>.
 - MIZUNO, K., MIZUNO, N., SHINOHARA, T., NODA, M. (2004) - Mother-Infant Skin to Skin Contact After Delivery Results in Early Recognition of Own Mother's Milk Odour.

- Acta Pediatrica**, Vol. 93, pág. 1640 – 1645. Acedido a 20/05/2011, disponível em <https://vpn.esel.pt/http/0/ehis.ebscohost.com/ehost/detail?sid=22c35f35-9af7-46caac47-da2ce0b4a641%40sessionmgr112&vid=1&hid=103&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=mnh&AN=15841774>.
- MONTEIRO, J. (2006) – **Contato Precoce e Amamentação em Sala de Parto na Perspectiva da Mulher**. São Paulo. Acedido a 07/06/2011, disponível em http://scholar.google.pt/scholar?hl=ptPT&q=Contato+Precoce+e+Amamenta%C3%A7%C3%A3o+em+Sala+de+Parto+na+Perspectiva+da+Mulher&btnG=Pesquisar&lr=&as_vis=0.
 - MOORE, E.; ANDERSON, G., BERGMAN, N. (2009) – **Early Skin-to-skin Contact for Mothers and their Healthy Newborn Infants (Review)**. The Cochrane Collaboration. Wiley Publishers. Acedido a 08/06/2011, disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clsysrev/articles/CD003519/frame.html>.
 - MOORE, E; ANDERSON, G. (2007) – Randomized Controlled Trial of Very Early Mother-Infant Skin-to-Skin Contact and Breastfeeding Status. **Journal Midwifery Womens Health**, Vol. 52, pág. 116 – 125. Acedido a 06/06/2011, disponível em <http://www.medscape.com/viewarticle/555315>.
 - NEUMAN, B. (2011) – The Neuman Systems Model. *In* NEUMAN, B.; FAWCETT, J. – **The Neuman Systems Model**. 5ª Edição. Pearson. Pág. 3 – 33. ISBN-13: 978-0-13-514277-6.
 - NEWMAN, J. (2005) – **The importance of Skin to Skin Contact**. Acedido a 06/06/2011, disponível em <http://www.breastfeedingonline.com>.
 - NUNES, L.; AMARAL, M.; GONÇALVES, R. (2005) – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 972-99646-0-2
 - OMS, UNICEF, INSTITUTO DE SAÚDE (1993) - **Aconselhamento em Amamentação: Um Curso de Treinamento**. São Paulo.
 - ORDEM DOS ENFERMEIROS (1998) – **Estatuto Ordem dos Enfermeiros**. Decreto-Lei nº 104/98, 21 de Abril.
 - PEARSON, A.; VAUGHAN, B. (1992) – O Modelo de Enfermagem de Sistemas de Cuidados de Saúde. *In* **Modelo para o Exercício de Enfermagem**, pág. 111 – 130. Lisboa: ACEPS.

- REGULAMENTO Nº 122/2011. Diário da República, 2ª Série - Nº 35 de 18 de Fevereiro de 2011. **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**. Pág. 8648 – 8653. Acedido a 06/06/2011, disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf.
- REGULAMENTO Nº 127/2011. Diário da República, 2ª Série - Nº 35 de 18 de Fevereiro de 2011. **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia**. Pág. 8662 – 8666. Acedido a 06/06/2011, disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20127_2011_CompetenciasEspecifEnfSMObst_Ginecologica.pdf.
- SANDES, A.; NASCIMENTO, C.; FIGUEIRA, J.; GOUVEIA, R.; VALENTE, S.; MARTINS, S.; CORREIA, E.; ROCHA, L. (2007) – Aleitamento Materno Prevalência e Factores Condicionantes. **Acta Médica Portuguesa**, Vol. 20, pág. 193-200. Acedido a 10/07/2011, disponível em http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:oPD5qzs6SPwJ:www.actamedicaportuguesa.com/pdf/200720/3/193200.pdf+aleitamento+materno+prevalencia+e+factores+condicionantes&hl=ptPT&gl=pt&pid=bl&srcid=ADGEESq9PlId2rwhS45jR86B9z1LhrjSI8i0LapZiS4xMH_BOJfPhLRyg_7t4cpDmarRirwMp7W9REtK5z9zbyZTMJpziYmozrtFmjGzUUlj-l-pV3AIEq0s6GtuDdYk2VxgOGzht996&sig=AHIEtbTwloh6bSM9pkwuGpcXHjXH5u3sQ&pli=1.
- SARAIVA, H. (2010) – **Aleitamento Materno: Promoção e Manutenção**. Lidel. ISBN: 978-972-757-659-3.
- THOMSON, M.; HARD SOCK, T.; LARSON, C. (1979) – The Importance of Immediate Postnatal Contact: Its Effect on Breastfeeding. **Can. Fam. Physician**, Vol. 25, Nov. 1979. Acedido a 16/06/2011, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2383381/pdf/canfamphys00284-0114.pdf>.
- WATKINS, A.; DODGSON, J. (2010) - Breastfeeding Educational Interventions for Health Professionals: A Synthesis of Intervention Studies. **Journal for Specialists in Pediatric Nursing**, Vol. 15, Iss. 3 pág. 223 - 232. Philadelphia: Julho 2010. Acedido a 07/06/2011, disponível em <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-6155.2010.00240.x/full>.
- WHO; MATERNAL AND NEWBORN HEALTH/SAFE MOTHERHOOD UNIT (1998) – **Postpartum Care of the Mother and Newborn: A Practical Guide**. Pág. 31 – 35.

Acedido a 08/06/2011, disponível em
http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_RHT_MSM_98.3.pdf.

- WHO; UNICEF (2009) – **Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised Updated and Expanded for Integrate Care. Section 3 Breastfeeding Promotion and Support in a Baby-Friendly Hospital: A 20 Hour Course for Maternity Staff.** Acedido a 26/07/2011, disponível em
http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241594981_s3/en/.

Anexos

**Anexo II – Competências Específicas do EESMO descritas pela
Ordem dos Enfermeiros**

Anexo III – Competências das Parteiras descritas pelo ICM

**Anexo IV – Formulário para Observação da Mamada do Curso de
Conselheiras em Aleitamento Materno**

Apêndices

Apêndice II – Tabela de Estudos Relevantes, Resultante da Revisão Sistemática da Literatura sobre “A Promoção do Aleitamento Materno e o Contacto Pele a Pele”

Apêndice III – Instrumento de Colheita de Dados e *Follow-up*

**Apêndice IV – Análise dos Instrumentos de Colheita de Dados e
*Follow-Up***

Apêndice V – Diário de Aprendizagem I em Contexto de Bloco de Partos

Apêndice VI – Diário de Aprendizagem II em Contexto de Bloco de Partos

**Apêndice VII - Diário de Aprendizagem III em Contexto de
Neonatologia**

Apêndice VIII – Norma de Procedimento sobre “Alimentação por Leite Materno”

**Apêndice IX – Apresentação em Power-Point da Norma de
Procedimento sobre “Alimentação por Leite Materno”**